

본인부담금의 초과 금액 지급 청구서

(앞 쪽)

접수번호		접수일		처리기간	
보장기관	기관명			보장기관기호	
세대주	성명			주민(외국인)등록번호	
진료받은 사람	성명			주민(외국인)등록번호	
의료급여기관	기관명	기관기호	진료기간	. . . ~ . . . () 일간	
본인부담금액			지급대상액		
본인부담금 보상금 지급내역(2종)	. . . ~ . . . (원)				
다른 사업에서 지원한 지급내역	□ 「장애인복지법」에 의한 등록장애인 의료비 지원대상 □ 「긴급복지지원법」에 의한 의료비 지원 □ 보건소 희귀질환, 중증난치질환자 지원 등 의료비 지원 □ 기타(공공기관 등)				
	. . . ~ . . . (원)				
본인부담금 대지급금 지급내역	. . . ~ . . . (원)				
지급결정액(합계)	원		지급의뢰일	. . .	
수령 계좌	금융기관명	계좌번호		예금주	
[] 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌					
[] 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌					

의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 초과금액 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)
주소 :
(휴대)전화번호 :
진료받은 사람과의 관계 :

(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장) 귀하

※ 의료급여기관이 여러 곳인 경우에는 뒷면의 추가 기재란을 활용하시기 바랍니다.

<추가 기재란>

(뒤 쪽)

의료급여기관명	진료기간
	. . . ~ . . . (원)
	. . . ~ . . . (원)
	. . . ~ . . . (원)
	. . . ~ . . . (원)

첨부서류	진료받은 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	--------

작성방법

수령 계좌 : 받을 사람의 해당란에 “√” 표시를 합니다.

* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.

- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

처리절차

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

