

요양비 지급청구서([ ]인공호흡기 [ ]기침유발기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다.

(앞 쪽)

| 접수번호                        |                         | 접수일                           |   |                               |       | 처리기간                            |  | 15일                       |  |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|-------|---------------------------------|--|---------------------------|--|
| 진료받은 사람                     |                         | 성명: 주민(외국인)등록번호               |   | 보장기관명(기호)                     |       | 처방전 발행 의료급여기관                   |  | 명칭: 의료급여기관 기호:            |  |
| 상병                          |                         | 명칭: 상병코드:                     |   |                               | 대여업소명 |                                 |  |                           |  |
| 인공<br>호흡기                   | ①<br>진료<br>구분           | [ ]입원<br>[ ]외래                |   | ②<br>처방전<br>발행일               |       | ③<br>청구기간                       |  |                           |  |
|                             | ④<br>모델명                |                               |   | ⑤<br>관리번호                     |       | ⑥ 환기타입:<br>[ ]혼합형 [ ]압력형 [ ]불륨형 |  | ⑦ 계약금액<br>(기기 월 대여비) 원    |  |
|                             | 소모품<br>구입<br>금액         | ⑧ 기본소모품(공통)                   |   |                               |       | [ ] 1세트 [ ] 2세트                 |  | 원                         |  |
|                             |                         | ⑨ 선택소모품<br>(㉓ · ㉔ 중<br>1개 선택) | ㉓ | [ ] 일반 일체형 커넥터(접속기)           |       | [ ] 1세트 [ ] 2세트                 |  | 원                         |  |
|                             |                         |                               |   | [ ] 일반·실리콘 튜브<br>연결형 커넥터      |       | [ ] 1세트 [ ] 2세트                 |  | 원                         |  |
|                             |                         |                               | ㉔ | [ ] 코 마스크(Nasal, Pillow Mask) |       | [ ] 겔                           |  | 원                         |  |
|                             | [ ] 코·입마스크(Facial Mask) |                               |   | [ ] 실리콘                       |       | 원                               |  |                           |  |
| 기침<br>유발<br>기               | ⑩<br>진료구분               | [ ]입원<br>[ ]외래                |   | ⑪ 처방전<br>발행일                  |       | ⑫ 청구기간                          |  |                           |  |
|                             | ⑬<br>모델명                |                               |   | ⑭<br>관리번호                     |       | ⑮ 계약금액                          |  | 원                         |  |
| ⑯ 수령 계좌                     |                         | 금융기관명                         |   | 계좌번호                          |       | 예금주                             |  | 주민(외국인)등록번호<br>또는 사업자등록번호 |  |
| [ ] 수급권자 또는<br>수급권자 가족 계좌   |                         |                               |   |                               |       |                                 |  |                           |  |
| [ ] 인공호흡기 등<br>대여 업소 계좌     |                         |                               |   |                               |       |                                 |  |                           |  |
| [ ] 진료받은 사람의<br>요양비 등 수급 계좌 |                         |                               |   |                               |       |                                 |  |                           |  |

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑰ 청구인 (서명 또는 인)  
전화번호 ( )  
진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부<br>서류 | <p>1. 인공호흡기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 다음의 서류</p> <p>가. 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 검사 결과 소견서 포함), 세금계산서 각 1부 및 인공호흡기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부.</p> <p>나. 기관 절개 또는 기관 봉합 증명 서류(인공호흡기 선택 소모품 종류를 변경할 경우에만 첨부) 1부.</p> <p>2. 기침유발기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 기침유발기 처방전, 세금계산서 각 1부 및 기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부.</p> <p>3. 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 .</p> <p>※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.</p> | 수수료<br>없음 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

## 작성 방법

## ①~⑨ 인공호흡기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

- ① • ② 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.
- ③ 인공호흡기의 청구기간은 다음 사항을 참고하여 적습니다.
- 의사의 처방전에 따라 인공호흡기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 더 이상 사용하지 않는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구 기간으로 적으며, 그 이후의 청구 기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
  - 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구 기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방 기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구 기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
  - 전(前)달에 이어 인공호흡기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 사용하지 않는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구 기간으로 적습니다.
- 〈예시: 2023년 2월 21일부터 계약한 경우〉
- 1차 청구: 2023. 2. 21. ~ 2023. 2. 28., 2차 청구: 2023. 3. 1. ~ 2023. 3. 31., ... 마지막 청구 : 2023. 8. 1. ~ 2023. 8. 20.〉

## ④~⑥: 인공호흡기 대여업소와 계약한 해당 인공호흡기기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적고, 환기 타입에 [√]표시를 합니다.

〈관리번호 예시: a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u → (a~f): 제조년·월 6자리, ⑨~⑩: 기기 시리얼번호 15자리 이내)〉

## ⑦ 인공호흡기의 월 계약금액을 적습니다.

## ⑧ 인공호흡기의 기본 소모품은 튜브, 필터, 가슴기 물통으로 구성됩니다.

1세트(튜브 1개, 필터 4개, 가슴기물 통 1개), 2세트(튜브 2개, 필터 4개, 가슴기물통 1개) 중 해당 구분에 [√]표시 후 금액을 적습니다.

## ⑨ 인공호흡기의 선택소모품 ㉓와 ㉔ 중 하나를 선택하여 해당 구분에 [√] 표시합니다.

기관절개술 또는 기관봉합술로 선택소모품을 변경하는 경우에는 관련 증명서류를 함께 제출해야 합니다.

㉓를 선택한 경우 기관절개 환자용 커넥터의 종류(일반일체형, 일반·실리콘 튜브 연결형)와 수량을 선택하여 금액을 적습니다. 커넥터는 월 최대 2세트까지 선택가능하며 교차 선택 가능합니다.

㉔를 선택한 경우 해당 종류(코마스크, 코·입마스크)와 재질(젤, 실리콘)을 하나씩만 선택하여 금액을 적습니다.

## ⑩~⑮ 기침유발기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

## ⑩ • ⑪ 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.

## ⑫ 기침유발기의 청구기간은 인공호흡기의 청구기간과 관련한 ③의 작성방법을 참고하여 적습니다.

## ⑬ • ⑭ 기침 유발기 대여업소와 계약한 해당 기침유발기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적습니다.

관리번호 예시는 인공호흡기 ④~⑥을 참고하시기 바랍니다.

## ⑮ 기침유발기의 월 계약금액을 적습니다.

## ⑯ 요양비를 받을 계좌를 선택하여 [√]표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.

※ 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)
- 대여업소 계좌 : 진료받은 사람 본인이나 그 가족 등 지급청구자가 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소
- 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

※ 예금 통장은 온라인 계좌 입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

## ⑰ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등) 이어야 합니다.