

급여 제한 여부 조회서

보장기관명		보장기관기호	
세대주 성명		주민등록번호	
수급권자 성명		주민등록번호	
주 소			

진료구분	[]입원 []외래	진료기간	. . . ~ . . .			
상 병 명			상병분류기호			
통보내역 (해당란에 "0" 표)	1. 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위 2. 고의로 사고를 발생시켜 의료급여를 받고자 함 3. 정당한 이유없이 의료급여법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니함					
발생원인	사고부상 []근무중사고 []폭행 []자해 []기타()					
	교통사고 []운전중 []보행중 []기타()					
발생장소	[]가정 []회사내 []공사현장 []학교 []음식점 []도로 []기타()					
내원일시	년 월 일 시 분(24시간제)					
내원방법	[]119 []사설응급차량 []기타()					
의사진찰의견						
환자·보호자 등 관계인 진술내용						

「의료급여법」 제15조제1항 및 같은 법 시행규칙 제26조제1항에 따라 위와 같이 통보하오니
의료급여 제한여부를 지체 없이 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료급여기관명 (인)
주 소

(시장·군수·구청장) 귀하

※ 이 조회서는 의료급여기관이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 시·군·구에 송부하여야 합니다.