

이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	60일
------	-----	------	-----

문서번호			진료분야		
의료급여기관	명칭		기호		
급여비용 심사결과 통보서	접수번호	목록번호	심사차수	통보서 도달일	
이의신청	건수 총계		비용 총액		
관련 처분	고지 유무		고지 내용		

번호	명세서 일련번호	보장기관 기호 (보장 기관명)	수진자 (진료 받은 사람)	진료구분 (입원· 외래)	이의신청 금액		이의신청 사유 및 내용 (상세히 기술)	첨부 서류
					I 항	II 항		

「의료급여법」 제30조제2항 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 심사평가원
의 처분에 대하여 이의신청합니다.

이
제
로

신청인 성명

(서명 또는 인)

주소

전화번호

건강보험심사평가원 원장 귀하

작성방법

※ 신청인은 다음 각 호 중 해당하는 서류를 자신의 주장을 입증하기 위하여 제출할 수 있습니다.

1. 심사결과 통보서
2. 진료기록부
3. X-ray 필름 등 영상자료
4. 검사 결과지
5. 그 밖에 주장하는 사실을 입증하는 서류

처리 절차

