

응급환자진료비(이송처치료) 미수금 대지급 청구서

접수번호			
청구기관	요양기관기호(이송업허가)		기관명
	대표자		전화번호
	주소		우편번호
응급환자	성명	주민등록번호	전화번호
	주소		우편번호

< 상환의무자(응급환자 본인, 배우자, 1촌 이내의 직계혈족 및 그 배우자 등) 동의서 >
본인(상환의무자)은 . . .부터 . . .까지의 기간 동안 발생한 본인부담 응급진료비(이송처치료)의 미납금 중 귀 병(의)원이 건강보험심사평가원으로부터 받은 대지급금 전액을 건강보험심사평가원에 상환하겠습니다.
20 성명 (응급환자와의 관계:) 상환의무자 주민번호
상환의무자 주소 상환의무자 전화번호 (서명 또는 인)

대지급 청구 내역	대지급청구액 ①+②	응급진료비 ①	이송처치료 ②	건강보험(의료급여)진료비 심사결과 통보내역			
	원	원	원	접수 번호	심사 차수	묶음 번호	명세서 일련번호
대지급금 수령계좌	예금주		은행명		계좌번호		
대지급금 청구 사유				응급의료 정보통신망 전송내역	응급여부		
					한국 응급환자 중증도 분류		

「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제10조에 따라 응급환자진료비(이송처치료)의 미수금에 대한 대지급을 위와 같이 청구합니다.
년 월 일
청구기관 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 응급진료비 미수금의 대지급을 청구하는 경우 가. 응급진료에 관한 진료기록부 사본 1부 나. 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제3항에 따른 의료급여비용명세서 또는 「의료급여법 시행규칙」 제20조제3항에 따른 의료급여비용명세서의 서식에 따른 응급진료비 산출내역서 1부 다. 환자에게 발행한 진료비계산서 사본 1부 2. 이송처치료 미수금의 대지급을 청구하는 경우 가. 별지 제5호서식의 이송처치료 영수증 사본 1부 나. 별지 제16호서식의 출동 및 처치기록지 1부 3. 응급환자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 상환의무자의 서명·날인을 받을 수 없는 경우에는 다음 각 목의 어느 하나에 해당한다는 내용의 확인서 가. 응급진료 중 사망한 자로서 무연고자로 확인된 경우 나. 응급진료 중 이탈하여 복귀하지 않거나 응급진료 종료 후 도주한 자로서 주소지 확인이 불가능함 이 객관적으로 입증된 경우 다. 경찰관서 또는 지방자치단체 등을 통하여 조회한 결과 신원이 확인되지 않은 경우 라. 의식이 없는 상태에서 상환의무자 없이 응급진료 중 또는 종료 후 다른 의료기관으로 전원되었거나 이송되었음이 객관적으로 입증된 경우	수수료 없음
------	--	-----------

처 리 절 차

청구서 작성	→	접 수	→	검 토 및 심사	→	결 재	→	대지급금 지급
청구인		처 리 기 관 (건강보험심사평가원)		처 리 기 관 (건강보험심사평가원)		처 리 기 관 (건강보험심사평가원)		