

## 요양급여 대상 여부 확인 요청서

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

|                                                                                                      |                                                                                                                 |             |              |             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--|
| 접수번호                                                                                                 |                                                                                                                 | 접수일         |              | 처리기간 15일    |  |
| 요청인                                                                                                  | 성명                                                                                                              |             | 주민(외국인)등록번호  |             |  |
|                                                                                                      | 주소                                                                                                              |             | 진료받은 사람과의 관계 |             |  |
|                                                                                                      | 자택 전화번호                                                                                                         |             | 휴대전화번호       |             |  |
|                                                                                                      | 회신방법 [ ] 이메일 _____ @ _____, [ ] 우편, [ ] 모바일 전자고지<br>※ 모바일 전자고지는 종이(우편) 통지서를 전자문서화하여 본인명의 모바일 기기로 통지하는 회신 방법입니다. |             |              |             |  |
| 진료받은 사람                                                                                              |                                                                                                                 | 성명          |              | 주민(외국인)등록번호 |  |
| 확인 요청 내용<br>및 진료받은<br>기관                                                                             |                                                                                                                 | 확인 요청<br>내용 |              |             |  |
|                                                                                                      |                                                                                                                 | 진료받은<br>기관  |              |             |  |
| 환불금<br>입금 계좌<br>(요청인 또는<br>진료받은 사람)                                                                  |                                                                                                                 | 금융기관        |              | 예금주         |  |
|                                                                                                      |                                                                                                                 | 계좌번호        |              |             |  |
| ※ 위임받은 사람(제3자)인 경우 환불금 수령 위임장(진료받은 사람의 인감도장 날인 또는 본인서명) 제출<br>필요(진료받은 사람의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 원본 첨부) |                                                                                                                 |             |              |             |  |

「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항에 따라 위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

요청인 \_\_\_\_\_ 년 월 일 (서명 또는 인)

## 건강보험심사평가원장 귀하

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>첨부서류</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 진료받은 사람이 요청하는 경우: 진료비(약제비) 계산서 · 영수증             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서 · 영수증을 첨부해야 합니다.</li> <li>* 진료받은 사람이 미성년자인 경우에는 부모 또는 법정대리인의 ① 자필서명(날인)동의서 및 ② 가족관계(법정대리인) 확인 서류를 함께 제출해야 합니다.</li> </ul> </li> <li>2. 요청인과 진료받은 사람이 다른 경우             <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 진료비(약제비) 계산서 · 영수증</li> <li>나. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서 및 가족관계(법정대리인) 확인 서류(진료받은 사람의 법정대리인 또는 가족이 요청하는 경우만 해당합니다)</li> <li>다. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서(진료받은 사람과 같은 건강보험증에 등재되어 있는 사람이나 가족이 요청하는 경우만 해당합니다)</li> <li>라. 위임자와 수임자의 자필서명(날인) 위임장, 위임자와 수임자의 주민등록증 등 신분증 사본(진료받은 사람으로부터 확인 요청을 위임받은 사람이 확인 요청을 하는 경우만 해당합니다)</li> <li>* 진료받은 사람이 미성년자인 경우 진료받은 사람의 자필서명(날인)동의서는 불필요</li> </ul> </li> </ol> <p>※ 진료받은 사람이 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임 필요(사망 사실을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 하며, 가족관계 확인 서류로 가능한 경우는 제외됩니다)</p> <p>※ 동의서, 위임장 및 환불금 수령 위임장 양식은 보건복지부고시에 규정되어 있습니다.</p> |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 내상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 영양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년
- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

의  
한  
도

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( ☐ 동의함      ☐ 동의안함 )

요청인 (서명 또는 인)

210mm × 297mm [백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]