

이 의 신 청 서

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

(앞쪽)

접수번호	접수일			처리기간	60일		
문서번호				진료분야			
요양기관	명칭			기호			
요양급여비용 심사결과 통보서	접수번호	묶음번호	심사차수		통보서 도달일		
이의신청	건수 총계			비용 총액			
관련 처분	고지 유무			고지 내용			
번호	명세서 일련번호	진료받은 사람	진료구분 (입원·외래)	이의신청 금액		이의신청 사유 및 내용 (상세히 기술)	첨부 서류
				I 항	II 항		

「국민건강보험법」 제87조제2항 및 같은 법 시행규칙 제56조에 따라 위와 같이 심사평가원의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인)

주소

전화번호

건강보험심사평가원 원장 귀하

신청인 제출서류	1. 심사결과통보서 2. 진료기록부 3. X-ray 필름 등 영상자료 4. 검사 결과지 5. 기타	수수료 없음
-------------	--	-----------

작성방법

※ 첨부서류란은 진료받은 사람별로 첨부서류의 해당 번호를 적고, 1.~4.에 해당하지 않는 서류인 경우에는 해당 자료의 명칭을 적으시기 바랍니다.

처리 절차

