

암환자 의료비 지원 신청서(요양기관용)

(앞 쪽)

신청구분	[] 건강보험가입자[소아]	[] 의료급여수급자[소아]
	[] 건강보험가입자[성인]	[] 의료급여수급자[성인]
지원 대상자	성 명	주민등록번호
	주 소	
	부상 및 질병명	부상 및 질병코드
	의료보장	[] 건강보험가입자 [] 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자 [] 의료급여수급자 ([]1종 / []2종)
신청기관	기 관 명	전화번호
	주 소	
	지급계좌번호	은행/예금주
후원 여부	국가 지원금	[] 없음 [] 있음 (기관: , 금액:)
		[] 재난적의료비지원사업 [] 긴급지원사업 [] 장애인복지지원사업 [] 보훈지원 [] 희귀질환자의료비지원사업 [] 석면피해구제급여 [] 산재보상서비스 [] 기타
	공단환급금	[] 없음 [] 있음 (진료기간: , 금액:)
	개인·단체 후원	[] 없음 [] 있음 (내용: , 금액:)

※ 지원 신청내역

금회 신청건수	년	총 () 건						
	년	총 () 건						
진료기간	입원	최초	년	월	일 ~ 마지막	년	월	일 (총 일간)
	외래	최초	년	월	일 ~ 마지막	년	월	일 (총 일간)
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계				비급여 부담금(C)	
			본인일부부담금(A)		보험자부담금(B)			
	원	원	원	원	원	원		
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금		원		
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계				비급여 부담금(C)	
			본인일부부담금(A)		보험자부담금(B)			
	원	원	원	원	원	원		
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금		원		

위와 같이 압환자 의료비 지원을 신청합니다.

175 176 177

신청 요양기관의 장 :

(직인)

보건소장 귀하

순 번	의료비 발생연도	요양기관	진료 구분	진료일자 (시작일~종료일, 기간)	영수증 발행내역			신청 금액		
					총 진료비 (A+B+C)	급여 진료비		비급여 부담금(C)	법정본인 부담금	비급여 부담금
						법정본인 부담금(A)	보험자 부담금(B)			
1	년		[]입원 []외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 () 일(회)	원	원	원	원	원	
2	년		[]입원 []외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 () 일(회)	원	원	원	원	원	
3	년		[]입원 []외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 () 일(회)	원	원	원	원	원	
4	년		[]입원 []외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 () 일(회)	원	원	원	원	원	
5	년		[]입원 []외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 () 일(회)	원	원	원	원	원	
※ 유의사항 ○ 세부신청내역은 요양기관에서 발행하는 진료내역서로 대체 가능하되, 해당항목이 모두 기재되어야 함 ○ 정보시스템 상에서 입력한 내역을 출력하여 사용하거나 관련 엑셀 서식으로도 대체 가능함							총 신청금액	급여	비급여	
								원	원	

- 세부신청내역은 요양기관에서 발행하는 진료내역서로 대체 가능하되, 해당항목이 모두 기재되어야 함
- 정보시스템 상에서 입력한 내역을 출력하여 사용하거나 관련 엑셀 서식으로도 대체 가능함