■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제12호서식]

암환자의료비지원 환수 결정 통보서

암환자의료비지원사업을 통해 의료비를 지원 받은 자에 대하여 암환자의료비지원금의 환수 결정 내역을 통보합니다.

의료비 지원을 받은자 (기관)	성명 (의료기관명)		주민등록번호 (요양기관기호)	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
납부대상자	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
	지원대상자와의 관계	[ ] 본인 [ ] 기타 ( )		
환수결정금액	원			
환수사유				

귀하에게 지급된 암환자의료비지원금에 대한 환수 결정내역을 위와 같이 통보합니다. 이 처분에 대하여 이의가 있는 경우에 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내 문서(전자문서 포함)로 관할 보건소로 신청하시면 됩니다. 다만, 처분이 있는 날부터 180일이 지나면 제기 불가함을 알려드립니다.

년 월 일

담당자 : (전화번호 :)

보건소장 (직인생략)

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]