■ 건강검진기본법 시행규칙 [별지 제1호서식] <개정 2026. 10. 30.>

건강검진기관 지정신청서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리기간 10일

신청인	의료기관명	요양기관 기호
	개설자(대표자)	생년월일 면허번호
	주소 (전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)	

지정신청 내용	□ 일반검진기관 □ 영유아검진기관 □ 구강검진기관 □ 학생검진기관 □ 암검진기관 (□ 위암 □ 대장암 □ 간암 □ 유방암 □ 자궁경부암 □ 폐암) □ 출장검진기관 (□ 일반검진 □ 위암 □ 대장암 □ 간암 □ 유방암 □ 자궁경부암 □ 구강검진 □ 학생검진)

「건강검진기본법」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 건강검진기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 의료기관장(인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신청인 제출서류	1. 검진 인력·시설 및 장비(출장검진기관의 경우는 차량을 포함합니다) 현황 1부 2. 검진인력 자격과 채용관계 증명서류 1부 3. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서, 방사선 방어시설 검사성적서, 진단용 방사선 발생장치 신고증명서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 4. 유방촬영용장치 또는 전산화단층촬영장치(CT)에 대한 특수의료장비 등록증명서 및 특수의료장비 품질관리 검사성적서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 5. 교육수료증(영유아검진기관, 일반검진기관 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 건강검진을 실시하는 기관, 구강검진기관 또는 폐암검진기관의 지정을 신청하는 경우에만 제출합니다) 6. 「여신전문금융업법」에 따른 시설대여업자와 체결한 자동차 시설대여 계약서 사본 및 자동차등록증 사본 각 1부(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 대여한 경우에만 제출합니다)	수수료 없 음
비고	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청인 제출서류의 제출을 생략할 수 있습니다. 1. 일반검진기관으로 지정받은 의료기관 및 보건소가 학생검진기관 지정신청을 하는 경우 2. 일반검진기관의 출장검진기관으로 지정받은 의료기관 및 보건소가 학생검진기관의 출장검진기관 지정신청을 하는 경우	
담당 공무원 확인 사항	자동차등록증(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 소유한 경우에만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

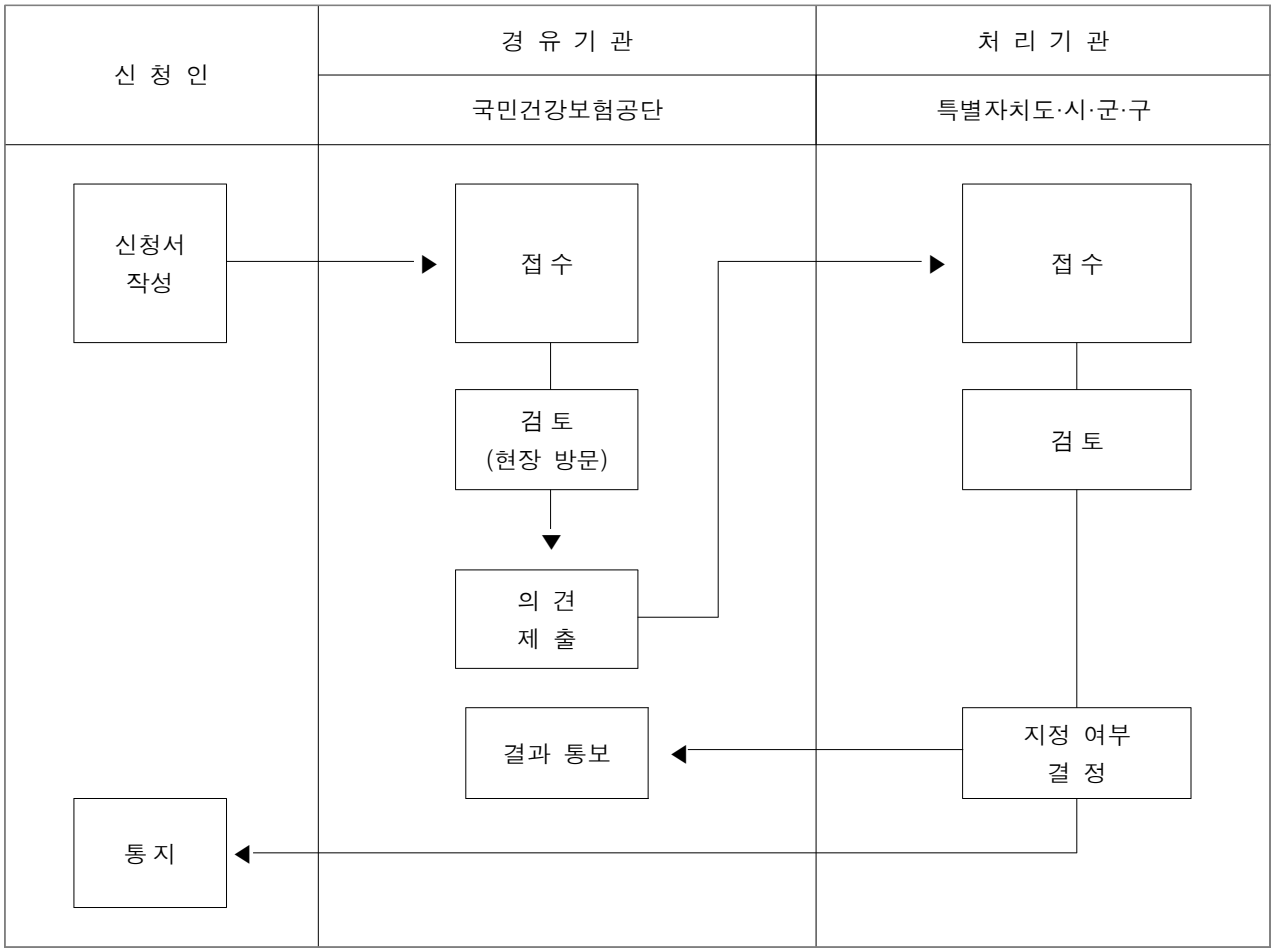
※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

210㎜×297㎜[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



(첨 부)

검진 인력·시설 및 장비 현황

1. 지정신청 내용(해당 항목에 "○" 표기)

구분	일반 검진	암검진						영유아 검진	구강 검진	학생 검진
		위암	대장암	간암	유방암	자궁 경부암	폐암			
내원										
출장										

2. 검진인력 및 원무행정요원

가. 현황

구 분	의사												간호사	간호조무사	치과위생사	임상병리사	방사선사	원무행정요원
	소계	일반의	전문의									치과의사						
			내과	소아청소년과	일반외과	가정의학과	산부인과	산업의학과	진단검사의학과	영상의학과	병리과	기타						
전체 인력																		
검진담당 인력																		

※ "검진담당 인력"란에는 전체 인력 중 검진 전담인력(1주일에 2일 이상 건강검진기관에 출근하여 총 16시간 이상 근무하는 사람으로 한정한다) 수를 적습니다. 특히 검진담당 의사의 수는 건강검진기관의 검진 가능 인원을 결정하는 사항이므로 실제 검진을 전담하는 의사의 수를 정확히 적어야 합니다.

※ 원무행정요원은 검진을 담당할 수 없습니다.

나. 검진담당 인력 명단

구 분	성 명	주민등록번호	면허증 또는 자격증		해당 기관 고용일 (건강보험 취득일)
			종 별	번 호	

※ "구분"란에는 의사, 치과의사, 간호사, 간호조무사, 치과위생사, 임상병리사, 방사선사로 구분하여 순서대로 적되, 위 "가. 현황"의 표의 "검진담당 인력"란에 표기한 검진담당 인력 수에 해당하는 사람 전원을 적습니다.

※ 전문의는 의사면허증 및 전문의 자격증을 명시합니다.

3. 검진시설(해당 항목에 기재)

진찰실	검진대기실	탈의실	진단의학검사실	방사선촬영실
㎡	㎡	㎡	㎡	㎡

4. 검진장비

가. 일반검진기관 장비보유 현황(해당 항목에 기재)

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제조 번호	제조 국명	제조 연도	구입 연도	비 고

1	신장 및 체중계							
2	혈압계							
3	시력검사표							
4	청력계기							
5	원심분리기							
6	혈액학검사기기							
7	혈액화학분석기							
8	방사선직접촬영장치							

※ 실제 검진에 사용되는 장비에 대해 적습니다.
※ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 해당 혈액 검체검사를 위탁하는 경우에는 일련번호 6번 또는 7번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.
※ 방사선 장비를 공동으로 이용할 때에는 일련번호 8번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.
※ 어두운 란은 적지 않습니다.

나. 암검진기관 장비보유 현황(해당 항목에 기재)

일련번호	장 비 명	수량	모델명	제조번호	제조국명	제조연도	구입연도	비고
1	위내시경							
2	위장조영촬영기기							
3	유방촬영기기							
4	대장내시경							
5	삭제 <2025. 12. 31.>							
6	초음파영상진단기							
7	산부인과용 진료대							
8	질경							
9	전산화단층촬영장치(CT)							

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

다. 영유아검진기관 장비보유 현황

일련번호	장 비 명	수량	모델명	제조연도	구입연도	비고
1	신장계					-
2	영아용 신장계					-
3	체중계					-
4	영아용 체중계					-
5	시력검사표(그림)					-
6	시력검사표(숫자)					-
7	발달선별검사 도구 (K-DST)					-

라. 구강검진기관 장비보유 현황

일련번호	장 비 명	수량	모델명	제조번호	제조국명	제조연도	구입연도	비고
1	치과용 진료장치 및 의자							
2	고압멸균소독기							
3	치경							
4	탐침							
5	핀셋							
6	교육용 치아모형 세트							

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

마. 학생검진기관 장비보유 현황

일련번호	장 비 명	수량	모델명	제조번호	제조국명	제조연도	구입연도	비 고
1	신장 및 체중계							
2	혈압계							
3	시력검사표							
4	청력계기							

5	원심분리기							
6	혈액학검사기기							
7	혈액화학분석기							
8	방사선직접촬영장치							

※ 실제 검진에 사용되는 장비에 대해 적습니다.
※ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 해당 혈액 검체검사를 위탁하는 경우에는 일련번호 6번 또는 7번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.
※ 방사선 장비를 공동으로 이용할 때에는 일련번호 8번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.
※ 어두운 란은 적지 않습니다.

바. 출장검진 인력·장비·차량 현황(신청 내용에 따라 기재)

1) 출장검진 인력 현황 : 검진담당 인력과 동일

2) 출장검진 장비 현황

일련번호	장 비 명	수량	모델명	제조번호	제조국명	제조연도	구입연도	비고(차량번호)
1	신장 및 체중계							
2	혈압계							
3	시력검사표							
4	청력계기							
5	원심분리기							
6	방사선직접촬영장치							
7	치경							
8	탐침							
9	핀셋							
10	라이트							
11	위장조영촬영기기							
12	유방촬영기기							
13	초음파영상진단기							
14	산부인과용 진료대							
15	질경							

※ "비고"란에는 장비가 탑재된 차량의 등록번호를 적습니다.
※ 어두운 란은 적지 않습니다.

3) 출장검진 차량 현황

일련번호	자동차 등록번호	최초등록일(연월일)	차종	용도	차명	연식	차대번호
		소유자 성명(명칭)	소유자 주민(사업자)등록번호		소유자 주소(소재지)		검사유효기간(연월일 ~ 연월일)

※ 자동차등록증 상의 차량 정보를 적습니다.

5. 검체검사 위탁 및 장비 공동이용

□ 검체검사 위탁	검체수탁 기관명 (수탁기관기호)	( )	위탁검사 (아래의 위탁검사 번호기재)	( )
		( )		( )
		( )		( )

※ 검체검사 위탁 항목 (해당 항목에 "O" 표기)

1. 혈색소( ), 공복혈당( ), 총콜레스테롤( ), HDL콜레스테롤( ), 트리글리세라이드( ), AST(SGOT)( ), ALT(SGPT)( ), 감마지티피(γ-GTP)( ), 혈청 크레아티닌 검사( )
2. B형 간염표면항원( ), B형 간염표면항체( ), C형 간염항체 검사( )
3. 병리위조직검사( )
4. 혈청알파태아단백검사(간암) ( )

5. 대변잠혈반응검사( ), 병리대장조직검사( ) 6. 자궁경부세포검사( ) 7. 그 외 검체검사 위탁( )				
□ 장비 공동 이용	의료기관명 (요양기관 기호)	( ) ( ) ( )	대표자 성명	

※ 참고: 「건강검진기본법 시행규칙」 별표 1 일반검진기관 지정기준 비고 2 및 비고 3

6. 공휴일 검진(해당 항목에 "○" 표기)

실시 구분	공휴일 검진 실시									
일요일	일반( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁 경부암( )	폐암( )	영유아( )	구강( )	학생( )
	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )	1주( ) 2주( ) 3주( ) 4주( ) 5주( ) 전체( )
일요일 이외	일반( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁 경부암( )	폐암( )	영유아( )	구강( )	학생( )

※ 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일을 의미합니다.

7. 행정업무 담당(검진예약, 접수, 청구 등)

담당 부서		전화번호	
행정책임자 성 명		담 당 자 성 명	

※ 검진대상자가 예약할 수 있는 전화번호(검진 안내용) 및 담당자를 적습니다.

8. 그 밖의 사항(실시주기 외 O/X 표기)

항 목	해당 여부	항목	해당 여부
1. 임상정도관리협회 가입 여부		5. 근무시간 이전 검진 여부	
2. 내부정도관리 실시 여부		6. 자체 건강검진기관(자체 사업장만 검진)	
3. 내부정도관리 실시 주기	일	7. 운전면허 적성검사 실시 여부	
4. 자체 청구프로그램 사용기관			