■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제4호서식] <개정 2015.12.31.>

(년 월분)

의사소견서 발급비용 청구서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호	접수일

○ 발급기관

의료기관명	건강보험 요양기관기호
주소(전자우편 주소)	전화번호

○ 발급비용 청구현황

총 발급건수	① 발급비용 총금액	② 본인부담금	③ 청구금액
	(원)	(원)	(원)

「노인장기요양보험법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 위와 같이 의사소견서 비용을 청구합니다.

[ ] 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란자 경감대상자)

[ ] 의료급여수급권자(「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람)

청구일자 년 월 일

청구인(의료기관 대표자) (서명 또는 인)

작성인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	의사소견서 발급비용 청구내역 1부	수수료 없 음

작 성 방 법

① 발급비용 총금액: 공단부담금과 본인부담금을 합한 총 금액을 적습니다.

② 본인부담금: 본인부담금으로서 신청인에게서 수납하는 금액을 적습니다.

③ 청구금액: 공단부담금으로서 공단에 청구하는 금액을 적습니다.

※ 참고: 청구금액은 건강보험급여비용 지급 계좌와 동일한 계좌로 입금됩니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]

[첨부서류]

(제2쪽)

의사소견서 발급비용 청구내역

연번	의사소견서 발급 대상자			발급일	대상자 구분**	본인 부담율	발급비용(원)		
	발급 번호*	성명	주민등록번호				총금액	본인 부담금	청구금액

* 발급번호: 별지 제3호서식의 의사소견서 발급의뢰서에 의한 발급번호를 적습니다.

** 대상자 구분: ① 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란자 경감대상자)
② 의료급여수급권자(「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]