

요양비 지급청구 위임장

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

① 위임인	가입자 또는 피부양자	성명		
		주민(외국인)등록번호		
	법정대리인 또는 가족	성명		
		생년월일		
		가입자·피부양자와의 관계		
	전화번호 (위임사항 및 지급내역 수신용)	[V] 문자메시지 수신동의 ※ 위임처리결과 및 지급내역 등을 전송받을 연락처로 정확히 적어 주시기 바랍니다. (문자메시지 수신을 동의한 경우에만 발송)		
② 준요양기관	상호	아델라헬스케어(주)		
	사업자등록번호 (법인등록번호)	882-81-01526		
	대표자	윤길호		
	전화번호 (휴대전화번호)	02-562-9239		
③ 요양비 수 령계좌	수령자	아델라		
	수령계좌	금융기관명	우리은행	
		예금주	아델라헬스케어(주)	
		계좌번호	1005-003-972156	
④ 위임사항	1) [] 자동복막투석 소모성 재료 [] 복막관류액 2) [] 가정용 산소발생기 [] 휴대용 산소발생기 3) [✓] 당뇨병 소모성 재료 [✓] 연속혈당측정용 전극(센서) 4) [] 자가도뇨 소모성 재료 5) [] 인공호흡기 및 기본소모품 [] 선택소모품 6) [] 기침유발기 7) [] 양압기 및 소모품 8) [] 연속혈당측정기 [] 인슐린자동주입기 9) [] 출산비 ※ [✓]표시, 중복 표시 가능			
⑤ 위임기간	년 월 일부터	년 월 일	일까지 (최장 2년)	

「국민건강보험법」 제49조제3항 및 같은 법 시행규칙 제23조제3항에 따라 요양비 지급 청구에 관한 사항을 위와 같이 위임합니다.

년 월 일

위임인 (서명 또는 인)

※ 국민건강보험법 시행규칙 제23조제4항에 따라, 위임하는 사람의 신분증 사본과 준요양기관 대표자 신분증 또는 사업자등록증 사본을 각각 제출하여야 합니다.

작성방법

- ① 각 항목에 따라 다음과 같이 작성합니다.
 - 가입자·피부양자: 피부양자·가입자는 진료받은 사람을 의미하며, 가입자·피부양자의 성명과 주민(외국인)등록번호를 기재합니다.
 - 법정대리인 또는 가족: 법정대리인 또는 가족의 성명과 생년월일 및 가입자·피부양자와의 관계를 기재합니다. 가입자·피부양자 외에 위임인이 될 수 있는 가족은 가입자·피부양자와 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매, 직계비속의 배우자이며, 가입자·피부양자 본인이 위임을 할 수 없는 경우에 위임인이 될 수 있습니다.
 - 전화번호: 위임처리결과 및 요양비 지급내역 등을 문자메시지로 받을 휴대전화번호로 정확히 기재하시기 바랍니다.
- ② 준요양기관의 상호, 사업자등록번호(또는 법인등록번호), 대표자 성명, 전화번호를 정확히 적습니다.
 - ※ 전화번호는 실제로 담당자와 연락 가능한 번호를 적습니다.(대표번호나 고객센터번호는 적지 않습니다)
- ③ 요양비 수령자는 위임인 또는 준요양기관입니다. 금융기관명, 예금주, 계좌번호는 요양비가 실제 입금될 정보이므로 정확히 기재합니다.
 - ※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
 - <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ④ 위임할 요양비 종류에 [✓]표시를 합니다.
 - 중복되는 위임사항에 [✓]표시 가능합니다.
 - <예시: [[✓]당뇨병 소모성 재료 + [✓]연속혈당측정용 전극(센서) + [✓]연속혈당측정기],
[[✓]가정용 산소발생기 + [✓]휴대용 산소발생기] 등>
- ⑤ 위임할 기간을 적습니다. 위임 기간은 최장 2년간 가능하며 2년 만료 후에는 자동해지 되므로 계속 위임하고자 할 경우에는 위임장을 새로 작성하셔야 합니다.

유의사항

사전급여제한자는 「국민건강보험법」 제53조에 따라 급여제한 대상이므로 준요양기관은 지급거절 등 불이익을 받지 않도록 급여보장포털에서 사전급여제한자 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.