

요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

|                              |                    |   |        |   |       |            |  |         |  |
|------------------------------|--------------------|---|--------|---|-------|------------|--|---------|--|
| 접수번호                         |                    | 접수일   |        | 처리기간                                    |       | 즉시         |  |         |  |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자             |                    | [ ] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 / [ ] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 |        |   |       |            |  |         |  |
| 상병명 및 상병코드                   |                    | 상병명:  |        | 상병코드:                                   |       |            |  |         |  |
| ① 진료받은 사람                    |                    | 성명:   |        | 주민(외국인)등록번호:                            |       |            |  |         |  |
| ② 처방전 발행 요양기관                |                    | 명칭:   |        | 요양기관 기호:                                |       | ③ 처방전 발행일: |  | ④ 청구일수: |  |
|                              |                    |   |        | 년 월 일                                   |       |            |  | 일       |  |
| ⑤ 당뇨병 소모성<br>재료 구입 및<br>청구내역 | 소모성 재료 종류          |   | 구입금액   |   | 구입업체명 |            |  |         |  |
|                              | [ ] 혈당측정검사지        |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
|                              | [ ] 채혈침            |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
|                              | [ ] 인슐린주사기         |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
|                              | [ ] 인슐린주사바늘        |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
|                              | [ ] 인슐린펌프용 주사기     |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
|                              | [ ] 인슐린펌프용 주사바늘    |   | 원      |   |       |            |  |         |  |
| [■] 연속혈당측정용 전극               |                    | 원   |        | 아델라(02-6451-0041)                       |       |            |  |         |  |
| ⑥ 수령 계좌                      | 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ] |   | 금융기관명: |   | 계좌번호: |            |  |         |  |
|                              | 의료기기 판매업소 계좌 [■]   |   | 우리은행   |   |       |            |  |         |  |
| 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌 [ ]     |                    | 예금주 성명: 아델라   |        | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호:<br>220-10-24866 |       |            |  |         |  |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

국민건강보험공단 이사장 귀하

(뒤쪽)

|      |   |           |
|------|---|-----------|
| 첨부서류 | 1. 의사 처방전(당뇨병 소모성 재료 처방전) 1부<br>2. 세금계산서 1부<br>3. 압류방지 계좌 신청 시(수진자 본인만 해당)는 행복지킴이 통장 사본 1부<br>※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
|------|---|-----------|

#### 작성 방법

① : 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.

- 외국인의 경우 외국인등록번호, 재외국민은 국내거소신고번호를 적습니다.

② : 의사 처방전에 기재된 요양기관명, 요양기관 기호를 적습니다.

③ : 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.

④ : 소모성 재료 청구 일수를 적습니다.

⑤ : 구입한 소모성 재료의 종류에 "✓" 표시하고, 영수증상의 구입금액을 적고 의료기기판매업소의 명칭을 적습니다.

⑥ : 요양비를 받을 계좌를 선택하여 "✓" 표시 합니다.

금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 예금주 주민(외국인)등록번호, 사업자등록번호(의료기기 판매업소일 경우)를 정확히 적습니다.

\* 예금주는 다음에 해당하여야 합니다.

- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 배우자 및 직계존비속, 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자

- 의료기기 판매업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 의료기기판매업소(당뇨병 소모성 재료)에 요양비를 지급하도록 요청한 경우에는 판매업자

- 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당

\* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑦ : 청구인은 진료받은 사람, 진료받은 사람의 배우자 및 직계비속, 진료받은 사람과 건강보험증을 함께 하거나 주민등록이 함께 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

#### 처리절차

청구서 작성

신청인



접수 및 확인

국민건강보험공단



청구서 처리

국민건강보험공단



요양비 지급

국민건강보험공단



수령

수령인