| 선천성대사이상 환자 특수식이구입비 서면청구서 | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------|-------|------------|-------|-----|----------|-----|
| 환 자 명 | | | 주민등록번호 | | | | | | |
| 질환명 ("√"표시) | □ 고전적 페닐케톤뇨증(PKU)(E70.0) □ 단풍시럽뇨병(E71.0) □ 메틸말론산혈증(E71.1) □ 아이소발레린산혈증(E71.1) □ 프로피온산혈증(E71.1) □ 호모시스틴뇨(E72.1) □ 요소회로대사장애(E72.2) | | | | | | | | |
| 신청인 | 관계 | | 전화번호 | | | | | | |
| | 주소 | | | 휴대폰번호 | | | | | |
| 관할보건소 | | | | | | | | | |
| 입금은행명 | | | 입금계좌 | | | | 예금주 | | |
| 신청 구분 | | | 특수조제분유 | 2 | | □ 저단백 | 햇반 | | |
| 신청 금액 | 특수조제 분유 | | 원 | | | | | | |
| | 저단백 햇반 | | 원 | | | | | | |
| 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수식이구입비 지원금을 청구 합니다. 신청인 (서명 또는 인) 년 월 일 국민건강보험공단 이사장 귀하 | | | | | | | | | |
| 첨부서류 | 1. 영수증 1부 ※ 신청일로부터 1년 이내의 영수증만 유효함 2. 입금계좌통장 사본 1부 (최초 신청 시 또는 변경사항 발생 시에 한함) ※ 특수분유와 저단백 햇반은 별도로 지원되는 것이므로 각각의 지원금액 한도이내에서만 지원 가능함 | | | | | | | | |
| 지급결정액 | | | | 원 | 결 정 년월일 | | 년 | <u> </u> | 월 일 |