희귀질환자 보조기기 구입비 청구서									
환 자 명					주민등록번호				
질 환 명					,	(상병코드 : )			
신 청 인	관계				전화번호				
	주소				휴대폰번호				
관할보건소									
입금은행명					예금주				
신청계좌				<b>-</b>					
신청금액	구입비 총액 (A+B+C)		급여부분				비급여부분 (C)		
			본인부담액 보험자부담액(A) (정부지원부분) (B)		<u>-</u> )				
보장구 구입비	원			원		원			원
위와 같이 지원되는 [보조기기 구입비]를 청구합니다. 년 월 일 신청인: (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하									
총 지 <sub>급</sub>	급결정액		원		지급년월일		<u></u> 년	월	<b>일</b>
점부서류 ** 아래의 서류 첨부 - 보장구 구입 영수증 원본 또는 원본대조필 1부									