

[별지 제7호서식]

## 희귀질환 특례자 등록 신청서

### (소득·재산조사 면제)

등 록 대상자	성 명		주민등록번호							
	질 환 명	(상병코드 : )								
	전화번호				휴대폰번호					
	주 소				이메일주소					
					정보수신여부	□전자메일 □휴대폰 □수신거부 * 의료비지원사업에 관한 변동사항이 있을 시 정보 제공				
이 용 의료기관	기 관 명				요양기관번호					
	주 소				전화번호					
					주 치 의					
세대주 (보호자)	성 명		주민등록번호				관계			
	주 소				전화번호					
급여계좌	금융기관명		예금주		계좌번호					
신청구분	건강보험가입자		<input type="checkbox"/> 요양급여비용 중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 보장구구입비 <input type="checkbox"/> 호흡보조기 대여료 <input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료 <input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백 햇반							
	의료급여 수급권자 및 차상위 본인부담경감대상자		<input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 특수조제 분유 <input type="checkbox"/> 저단백 햇반							
위와 같이 희귀질환자 등록을 신청합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) <span style="float: right;">특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 귀하</span>										
구비서류		1. 건강보험증 사본 또는 의료급여증 사본 1부 2. 신청자(환자)의 통장사본 1부 3. 최근 3개월 이내 발급된 진단서 1부 (신규 신청에 한하여 제출하며 정기재조사 시에는 산정특례 등록확인으로 갈음) ※1가구 2환자 특례자 외 환자의 진단서도 확인								
<b>&lt; 요양급여비용 중 본인부담금 신청자격 : 건강보험가입자에 한함 &gt;</b> ※ 혈우병환자 중 항체양성환자 및 HIV감염자 ※ 희귀질환자가 2인 이상인 환자가구로 특례기준을 적용하였으나 선정기준에 부합하지 않아 1인만 지원 받는 경우										
처리기한		신청일로부터 30일 이내, 조사일을 요하는 특별한 사유(부양의무자의 조사, 신청자의 자료 제출 지연 등)가 있는 경우에는 그 사유를 통보하고 60일 이내 처리 (    년    월    일)								