

선천성대사이상 환자 특수식이구입비 서면청구서					
환 자 명		주민등록번호			
질환명	(상병코드 : )				
신청인	관계		전화번호		
	주소		휴대폰번호		
관할보건소					
입금은행명		입금계좌		예금주	
신청 구분	<input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백 햇반				
신청 금액	특수조제 분류	원			
	저단백 햇반	원			
관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수식이구입비 지원금을 청구합니다. 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 한도 이내에서만 지원 가능함				