

[별지 제9호서식]

희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 청구서						
환 자 명				주민등록번호		
질 환 명	(상병코드 : )					
신 청 인	관계		전화번호		휴대폰번호	
	주소			관할보건소		
요양기관				사업자등록번호		
입원기간	년 월 일 ~ 년 월 일 ( 일간)					
외래진료일						
총계 (A+B+C)	급여부분 진료비				비급여 부분 진료비 (C)	
	보험자부담액 (공단부담액) (A)		본인부담액1) (정부지원부분) (B)			
원	원		원		원	
서면청구 사유	<input type="checkbox"/> 자격확인이 되지 않아 요양기관에서 선지급 되지 않은 경우 <input type="checkbox"/> 지원신청일부터 등록확정일까지의 진료분에 대해 소급 받는 경우 <input type="checkbox"/> 해당상병에 의한 합병증의 진료비 중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 혈우병 입원특례자의 입원진료비 중 본인부담금 ※ 서면청구 사유에 해당하지 않는 경우에는 서면청구를 통한 지급이 불가하므로 주의					
위와 같이 희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금을 청구합니다.  신청인 (서명 또는 인)  년 월 일  국민건강보험공단 이사장 귀하						
<u>검토의견</u>						
신청계좌	금융기관명		예금주		계좌번호	
첨부서류 등	진료비 영수증(구분산정시 진료비상세내역 첨부가능) 원본 1부 * 산정특례 지원상병 및 산정특례 미적용건의 경우도 지원범위에 포함되는 경우 의사 소견서(진단서) 첨부 시 지원가능					

※ 위의 서식은 국민건강보험공단에 요양급여비용 중 본인부담금을 서면으로 청구할 경우에만 사용.

1) 본인부담금 제외항목 : 전액 본인부담금(100/100), 선별급여, 예비급여, 2·3인실 입원료, 본인부담금 상한제 사전급여  
※ 본인부담금 제외항목은 본인부담액을 청구하여도 지급되지 않으므로 해당금액을 제외하고 본인부담액(B)을 입력하시기 바랍니다.