

선천성대사이상 환자 특수식이구입비 서면청구서					
환 자 명		주민등록번호			
질 환 명	(상병코드 :)				
신 청 인	관계		전 화 번 호		
	주 소		휴 대 폰 번 호		
관할보건소					
입금은행명		입금계좌		예금주	
신 청 구 분	<input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백 핫반				
신 청 금 액	특수조제 분류	원			
	저단백 핫반	원			
<p>관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수식이구입비 지원금을 청구 합니다.</p> <p>신청인 (서명 또는 인)</p> <p>년 월 일</p> <p style="text-align: right;">국민건강보험공단 이사장 귀하</p>					
첨부서류	1. 영수증 1부 ※ 신청일로부터 1년 이내의 영수증만 유효함 2. 입금계좌통장 사본 1부 (최초 신청 시 또는 변경사항 발생 시에 한함) ※ 특수분유와 저단백 핫반은 별도로 지원되는 것이므로 각각의 지원금액 한도 이내에서만 지원 가능함				
지급결정액		원	결 정 년월일	년	월 일