■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제17호의2서식] <신설 2022. 12. 9.>

요양급여 대상 여부 확인 요청서

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 15일

요청인	성명	주민(외국인)등록번호	
	주소		진료받은 사람과의 관계
	자택 전화번호	휴대전화번호	
	회신방법 [ ] 이메일 _____@_____, [ ] 우편, [ ] 모바일 전자고지 ※ 모바일 전자고지는 종이(우편) 통지서를 전자문서화하여 본인명의 모바일 기기로 통지하는 회신 방법입니다.		

진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호

확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용	
	진료받은 기관	

환불금 입금 계좌 (요청인 또는 진료받은 사람)	금융기관	예금주
	계좌번호	
	※ 위임받은 사람(제3자)인 경우 환불금 수령 위임장(진료받은 사람의 인감도장 날인 또는 본인서명) 제출 필요(진료받은 사람의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 원본 첨부)	

「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항에 따라 위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

년 월 일

요청인 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 진료받은 사람이 요청하는 경우: 진료비(약제비) 계산서 · 영수증 - 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서 · 영수증을 첨부해야 합니다. * 진료받은 사람이 미성년자인 경우에는 부모 또는 법정대리인의 ① 자필서명(날인)동의서 및 ② 가족관계(법정대리인) 확인 서류를 함께 제출해야 합니다. 2. 요청인과 진료받은 사람이 다른 경우 가. 진료비(약제비) 계산서 · 영수증 나. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서 및 가족관계(법정대리인) 확인 서류(진료받은 사람의 법정대리인 또는 가족이 요청하는 경우만 해당합니다) 다. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서(진료받은 사람과 같은 건강보험증에 등재되어 있는 사람이나 가족이 요청하는 경우만 해당합니다) 라. 위임자와 수임자의 자필서명(날인) 위임장, 위임자와 수임자의 주민등록증 등 신분증 사본(진료받은 사람으로부터 확인 요청을 위임받은 사람이 확인 요청을 하는 경우만 해당합니다) * 진료받은 사람이 미성년자인 경우 진료받은 사람의 자필서명(날인)동의서는 불필요 ※ 진료받은 사람이 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임 필요(사망 사실을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 하며, 가족관계 확인 서류로 가능한 경우는 제외됩니다) ※ 동의서, 위임장 및 환불금 수령 위임장 양식은 보건복지부고시에 규정되어 있습니다.

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년
- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

년 월 일

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ([ ] 동의함 [ ] 동의안함)

요청인 (서명 또는 인)

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]