

보조기기 급여 지급청구 위임장

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

① 위임인	가입자 또는 피부양자	성명	
		주민(외국인)등록번호	
	법정대리인 또는 가족	성명	
		생년월일	
	가입자·피부양자와의 관계		
	전화번호 (위임사항 및 지급내역 수신용)	[] 문자메시지 수신동의 ※ 위임처리결과 및 지급내역 등을 전송받을 연락처로 정확히 적어 주시기 바랍니다. (문자메시지 수신을 동의한 경우에만 발송)	
② 보조기기 판매업자	상호		
	사업자등록번호 (법인등록번호)		
	대표자 성명		
	전화번호 (휴대전화번호)		
③ 위임사항	보조기기 품목명		
④ 위임기간	보조기기를 구입한 날부터 내구연한 만료일까지 (단, 보청기의 경우 후기적합관리 급여 지급완료일까지)		

「국민건강보험법」 제51조제2항 및 같은 법 시행규칙 제26조제5항제2호에 따라 위와 같이 보조기기 급여 지급청구 및 수령과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임인

(서명 또는 인)

작성방법

① 각 항목에 따라 다음과 같이 작성합니다.

- 가입자·피부양자: 피부양자·가입자는 진료받은 사람을 의미하며, 가입자·피부양자의 성명과 주민(외국인)등록번호를 기재합니다.
- 법정대리인 또는 가족: 법정대리인 또는 가족의 성명과 생년월일 및 가입자·피부양자와의 관계를 기재합니다. 가입자·피부양자 외에 위임인이 될 수 있는 가족은 가입자·피부양자와 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매, 직계비속의 배우자이며, 가입자·피부양자 본인이 위임을 할 수 없는 경우에 위임인이 될 수 있습니다.
- 전화번호: 위임처리결과 및 요양비 지급내역 등을 문자메시지로 받을 휴대전화번호로 정확히 기재하시기 바랍니다.

② 보조기기 판매업자의 상호와 사업자등록번호(또는 법인등록번호), 대표자 성명, 전화번호를 기재합니다.

※ 전화번호는 실제로 담당자와 연락 가능한 번호를 적습니다.(대표번호나 고객센터번호는 적지 않습니다)

③ 급여 청구를 위임할 보조기기 품목명을 작성합니다.

④ 위임기간은 보조기기를 구입한 날부터 내구연한 만료일까지입니다. 다만, 보청기의 위임기간은 보청기를 구입한 날부터 후기적합관리 급여 지급완료일까지이며, 다른 보청기 판매업소에서 적합관리를 받게 되는 경우, 새로운 위임장을 작성하여야 합니다.

유의사항

사전급여제한자는 「국민건강보험법」 제53조에 따라 급여제한 대상이므로 보조기기 판매업자는 지급거절 등 불이익을 받지 않도록 급여보장포털에서 사전급여제한자 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.