

[별지 제3호서식]

국민건강보험공단

우 〇〇〇-〇〇〇 주소/ 전화() 〇〇〇〇-〇〇〇〇/ 〇〇〇〇부 부 장 〇〇〇 차 장 〇〇〇 담당자 〇〇〇	전송() 〇〇〇〇-〇〇〇〇
--	-----------------

요양급여적용통보서									
문서번호 :									
수 신 기 관 명	국민건강보험공단 〇〇〇지사장			건강보험증번호 (사 업 장 기 호)					
가입자 또는 세 대 주	성 명				주 민 등 록 (관 리) 번 호				
환 자	성 명				주 민 등 록 (관 리) 번 호				
	주 소	(전화 :)							
진 료 구 분	1. 입원 2. 외래		진료(조제투약)기간			. . . ~ . . .			
상 병 명		상병분 류기호				상병외인 분류기호			사고 일시
요양급여개시일					요양급여적용 전 비 용 청 구 근 거				
사 고 내 용 (구체적으로 기술)									
국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제4조제5항의 규정에 의하여 위 와 같이 요양급여가 적용되고 있음을 통보합니다. 년 월 일 요양기관 기 호 : 소재지 : 대표자 : [인] 국민건강보험공단이사장 귀하									
주 : 요양급여를 적용한 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 공단에 통보하여야 합니다.									

210mm×297mm
(신문용지 54g/m²(재활용품))