

외래치료 지원 청구서(치료 중단 환자)

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 진하게 칠해진 부분은 적지 않습니다.

접수번호	접수일	접수기관	처리기간	즉시
환자	성명	주민등록번호 (남, 여)	[]급여 1종 []보험 []급여 2종 []기타	
	주소	전화번호		
	진단(ICD-10)	입원 횟수(다른 기관에 입원한 횟수를 포함합니다) 회		
	자해·타해 행동으로 입원 또는 외래치료 경험 여부	[] 있음	[] 없음	
	치료 중단 기간	약 개월		
	외래치료기관 추천	[] 청구 정신의료기관 [] 다른 정신의료기관		

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제2항 및 같은 법 시행규칙 제47조제3항에 따라 위와 같이 외래치료 지원을 청구합니다.

년 월 일

정신의료기관/정신건강복지센터의 장 인

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	정신건강의학과전문의의 소견서나 정신건강전문요원 또는 관할 보건소장의 의견서 1부
------	---

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

처 리 절 차

