

장애인 건강 주치의 등록 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	발급일자	처리기간 14일
신청인	성명(한글)	생년월일	의사면허 번호
	전문 과목	전문의 번호	
	전자우편		
	장애인 건강 주치의 교육 이수번호		
	년도 (이수번호: 제 호)		
	진료시간		
제공 서비스 유형 [] 일반건강관리 [] 주장애관리 (대상 장애 유형)			
※ 원칙적으로 한 가지 유형만 등록 신청 가능. 다만, 주장애관리가 가능한 전문과목 전문의로서 의원급 의료기관에 소속된 경우에는 두 가지 유형의 동시 등록 신청 가능			

소속 의료기관	의료기관명	요양기관 기호
	의료기관 개설자(대표자)	
	면허 번호	
	의료기관 소재지	
		(전화번호:)
		□□□□□ (팩스번호:)

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제16조, 같은 법 시행령 제6조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 위와 같이 장애인 건강 주치의 등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)
의료기관명 (직인)

국민건강보험공단 귀하

첨부서류	1. 별지 제8호서식의 의료기관의 장애인 편의시설 현황 1부 2. 장애인 건강 주치의 교육 이수증 사본 1부	수수료 없 음
------	---	------------

처 리 절 차

