

장애인 건강 주치의 이용 신청사실 통지서

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

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	14일
장애인	성명(한글)		주민(외국인)등록번호	
	주소		전화번호(휴대전화)	
	장애 유형(중복장애의 경우 주장애, 부장애 함께 기재)		※문자수신 여부 [] 수신 [] 수신 안함 장애 정도	
장애인 건강 주치의	성명(한글)		의사면허 번호	
	의료기관명		전문의 번호	
			요양기관 기호	
	제공 서비스 유형			
	[] 일반건강관리 [] 주장애관리 (대상 장애유형:) [] 통합관리서비스 (일반건강관리+주장애관리, 대상 장애유형:)			
	서비스 기간	년 월 일 ~ 년 월 일(1년)		
변경 사유	장애인	[] 이사 [] 시설·인력·장비 등 불편(구체적 사유 기재:)		
	의료기관 주치의	[] 휴·폐업 [] 공동대표자 변경 [] 퇴사 [] 기타(구체적 사유 기재:)		

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제16조, 같은 법 시행령 제8조제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조제3항에 따라 위와 같이 장애인 건강 주치의 이용 신청사실을 통지합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

장애인과 의 관계

전화번호

장애인 건강 주치의

(서명 또는 인)

의료기관명

(직인)

국민건강보험공단 귀하

처 리 절 차

