

보조기기 급여비 지급 청구서

※ 청구인은 []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하되 색상이 어두운 란은 기재하지 마십시오. (앞 쪽)

접수번호		접수일		처리기간		10일			
① 급여를 받기로 결정된 사람	성명		주민(외국인)등록번호						
	보장기관명(기호)		의료급여 종별		[] 1종 [] 2종				
	집 전화번호		휴대전화번호						
② 보조기기 명칭				③ 구입일					
④ 제품 정보	모델명		제조(수입)업소명						
	제조연월		제품일련번호						
			제품코드번호(또는 구성품코드번호)						
⑤ 구입처	명칭		대표자						
	사업자등록번호		전화번호						
			주소(미등록 업소만 기록합니다)						
⑥ 기준액		⑦ 고시금액		⑧ 실구입금액		⑨ 본인부담액		⑩ 청구금액	
원		원		원		원		원	
원		원		원		원		원	
원		원		원		원		원	
원		원		원		원		원	
⑪ 수령 계좌		⑫ 금융기관명		⑬ 계좌번호		⑭ 예금주		⑮ 주민등록번호	
[]수급권자 또는 수급권자 가족 계좌									
[]보조기기 제작·판매자 계좌									
[]급여를 받기로 결정된 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌									

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제4항부터 제6항까지에 따라 위와 같이 보조기기 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑯ 청구인 (서명 또는 인) 주민(외국인)등록번호

급여를 받기로 결정된 사람과의 관계 (휴대)전화번호

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 「사회보장기본법」 제37조에 따라 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받기로 결정된 사람

(서명 또는 인)

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 의사가 발행한 별지 제14호의6서식의 보조기기 검수확인서 1부. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창 예방 방석, 욕창 예방 매트리스, 이동식 전동리프트, 전·후방보행차, 지팡이, 목발, 시각 장애인용 흰지팡이, 돋보기, 망원경 또는 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지로 한정함)에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 보조기기 검수 확인서를 첨부하지 않습니다. 2. 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부 3. 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자(보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다)임을 증명하는 서류 1부. 다만, 「의료급여법 시행규칙」 별표 2 제1호다목에 따라 국민건강보험공단에 등록된 보조기기 업소에서 구입한 경우, 지체장애 및 뇌병변 장애에 대한 보행 보조를 위하여 지팡이 또는 목발을 구입하거나 시각장애에 대한 보행 보조를 위하여 흰지팡이를 구입한 경우 또는 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동 휠체어 및 전동 스쿠터용 전지를 구입한 경우에는 첨부하지 않습니다. 4. 진료받은 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	-----------

유의사항

1. 의지·보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 고정용 신발에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 보조기기를 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소의 등록여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
2. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후 방보행차에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 등록된 품목을 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소 및 품목의 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

작성 방법

- ① 급여를 받기로 결정된 사람: 급여를 받기로 결정된 사람의 해당 사항을 적습니다.
- ② 보조기기 명칭: 구입한 보조기기의 명칭을 적습니다.
- ③ 구입일: 보조기기를 구입한 년월일을 적습니다.
- ④ 제품 정보: 구입한 보조기기의 모델명, 제조(수입)업소명, 제조연월 및 제품일련번호를 적습니다.
※ 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 자세보조용구, 보청기는 제품 일련번호란에 보건복지부장관이 고시한 제품별 제품코드번호(또는 구성품코드번호)도 함께 적고, 수동휠체어, 전·후방보행차는 제품 일련번호만 적습니다.
- ⑤ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
- ⑥ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제3호가목에 따라 보조기기의 유형 및 구분 항목별로 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 적습니다. 다만, 보청기의 경우 후기적합관리비용을 제외한 금액을 적습니다. (예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대의 기준액이 각각 880,000원, 210,000원이고 이를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다)
- ⑦ 고시금액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제3호나목에 따라 보건복지부 장관이 고시한 금액을 적습니다.
- ⑧ 실구입금액: 구입한 보조기기의 실제 구입금액(세금계산서의 금액을 말합니다)을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입금액을 적습니다.
- ⑨ 본인부담액: 구입한 보조기기 중 본인이 직접 납부한 본인부담총액을 적습니다. 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 부담액을 적습니다.
- ⑩ 청구금액: ⑥, ⑦ 및 ⑧ 중 가장 낮은 금액을 적습니다.
- ⑪ 수령 계좌: 보조기기 급여비를 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.
- ⑫ 금융기관명 ~ ⑮ 주민등록번호: ⑪에 따라 보조기기 급여비를 받을 사람의 인적사항을 적습니다.
- ⑯ 예금주: 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌: 급여를 받기로 결정된 사람, 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 보조기기 제작·판매자 계좌: 급여를 받기로 결정된 사람이 보조기기를 구입한 보조기기 제작·판매자
- 급여를 받기로 결정된 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌): 급여를 받을 사람 본인
※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
- ⑯ 청구인: 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다.

처리 절차

