

# 이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

( 앞쪽 )

|                  |       |      |       |         |     |
|------------------|-------|------|-------|---------|-----|
| 접수번호             |       | 접수일  |       | 처리기간    | 60일 |
| 문서번호             |       |      | 진료분야  |         |     |
| 의료급여기관           | 명칭    |      | 기호    |         |     |
| 급여비용<br>심사결과 통보서 | 접수번호  | 묶음번호 | 심사차수  | 통보서 도달일 |     |
| 이의신청             | 건수 총계 |      | 비용 총액 |         |     |
| 관련 처분            | 고지 유무 |      | 고지 내용 |         |     |

[illegible]

「의료급여법」 제30조제2항 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 심사평가원  
의 처분에 대하여 이의신청합니다.

의  
의  
의

신청인 성명

(서명 또는 인)

주소

전화번호

건강보험심사평가원 원장 귀하

#### 작성방법

※ 신청인은 다음 각 호 중 해당하는 서류를 자신의 주장을 입증하기 위하여 제출할 수 있습니다.

1. 심사결과 통보서
2. 진료기록부
3. X-ray 필름 등 영상자료
4. 검사 결과지
5. 그 밖에 주장하는 사실을 입증하는 서류

#### 처리 절차

