

의료급여의뢰서					
보장기관기호		보장기관명			
세대주성명		주민등록번호			
수급권자성명		주민등록번호			
주소					
상병명			상병분류기호		
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래		
의뢰진료기관		주소			
환자상태 및 진료의견					
의료급여법시행규칙 제3조제2항의 규정에 의하여 (2차, 3차) 의료급여를 의뢰합니다. 년 월 일 의료급여기관 기호 : 소재지 : 대표자 : (인) 담당의사 성명 : (서명 또는 인) 의료급여기관대표자 귀하					
비고				수수료	
				없 음	
1. 환자상태 및 진료의견란에는 현증상, 검사, 투약 등 주요진료내용을 구체적으로 기재하기 바라며 여백부족시에는 뒤쪽을 활용하기 바랍니다. 2. 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.					

210mm×297mm

(일반용지 60g/m²(재활용품))

(뒤 쪽)

환자상태 및 진료의견