

[별지 제1호서식]<개정 1999.10.2>

(제1면)

(제2면)

세 대 주	
성 명	
주 민 등 록 번 호 (관 리 번 호)	
증 의 종 류	의료보장증 (1종·2종)
자 격 취 득 일	
보 호 기 호	
기 관 명 칭	
읍 . 면 . 동 (사 회 복 지 시 설)	
발 행 일	
○○○시장·군수·구청장	
(소재지)	(전화번호)

부 양 가 족			
성 명	주민등록번호 (관리번호)	관 계	자 격 취득일

31312-02581일

76mm×110mm

97.6.10 승인

(OCR 105g/m²)

(제3면)

(제4면)

연도별 재사용 확인		입원진료기록			
년도	년도	성명	입원일자	보험(호)본인부담금	진료
			입원일수	보험(호)외 부담금	기관명
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		
			()일		

(제6면)

외래 진료 기록

요양기관(진료기관)은 반드시 진료사항을 기록하고 진료받은 자는 이를 확인하여야 합니다.

[illegible]

지켜야 할 사항

1. 가벼운 질병은 가까운 의원이나 보건기관을 이용하여 진료비를 절약합니다.
2. 진료를 받고자 할 때는 요양기관에 이증과 본인확인이 가능한 주민등록증 등을 제시하여야 합니다.
3. 진료비용의 본인부담금은 입원·외래등에 따라 다르므로 반드시 확인합니다.
4. 상급병실료등 비급여사항은 본인이 부담하여야 합니다.
5. 다른사람 때문에 다쳤거나 교통사고로 진료를 받게 될 때는 지체없이 이증교부처에 신고하여야 합니다.
6. 이 증에 기록된 내용이 틀리거나 변경되었을 때는 임의로 고치지 마시고 교부처에 알려 바로 잡습니다.
7. 자격이 상실된 때는 이 증을 교부처에 반드시 반납하여야 합니다.

의 료 보 장

(도 안)

이 증을 습득하신 분은 가까운 우체통에 넣어
주시기 바랍니다.

송부처 : 표지 뒷면 주소 참조