[별지 제9호서식]<개정 2000.9.30>

(앞 쪽)

기 관 명

(전화번호)

문서번호 :

시행일자 :

수 신 : 건강보험심사평가원장 발 신 :

참 조 : 급여관리실장

제 목 : 의료보호진료기관 개설 및 변경내역 통보

( )월 개설·폐업 현황

시·도명

구분	계				1차				2차			
시·군·구	기개설	당월 개설	당월 폐업	소계	기계설	당월 개설	당월 폐업	소계	기계설	당월 개설	당월 폐업	소계
계												

297㎜×210㎜ 일반용지 60g/㎡(재활용품)

(뒷 쪽)

( )월 개설·폐업·변경내역

○ 개 설

요양기관 기 호	진 료 기관명	대표자명	주민등록 번 호	주 소	전화번호	종 별	일 자

○ 폐 업

요양기관 기 호	진 료 기관명	대표자명	주민등록 번 호	주 소	전화번호	종 별	일 자

○ 변 경

구분	요양기관 기 호	진 료 기관명	대표자명	주민등록 번 호	주 소	전화번호	종 별	일 자
종전								
변경								

비고 : 1. 종별란에는 1차, 2차진료기관 여부를 기재하시기 바랍니다.
2. 반드시 의료보험요양기관 기호를 기재하여 주시기 바랍니다.