

급여제한 여부 조회서 (사고부상, 교통사고 등)

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	
수신기관명(관할지사)				건강보험증번호	
가입자 또는 세대주		성 명		주민등록번호	
환 자		성 명		주민등록번호	
		주 소 (전화 :)			
진 료 구 분		[]입원 []외래		진료(조제투약)기간 . . . ~	
발 생 원 인		사고부상 []근무중사고 []넘어짐 []폭행 []자해 []레저활동 []기타()			
		교통사고 []운전중 []보행중 []기타()			
발 생 장 소		[]가정 []회사내 []공사현장 []학교 []음식점 []도로 []기타()			
내 원 일 시		년 월 일 시 분(24시간제)			
내 원 방 법		[]119 []사설응급차량 []기타()			
상 병 명		상병분류 기 호		상병외인 분류기호	
조 회 사 유 (난이 부족한 경우 뒷면 활 용)					

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제4조제1항에 따라 위 환자에 대한
요양급여제한 여부를 조회하오니 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

요양기관 명칭(기호):
소재지:
대표자: [인]

국민건강보험공단이사장 귀하

유의사항
1. 이 조회서는 요양기관이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부를 공단에 송부하면, 공단은 급여제한 여부를 결정하여 요양기관에 통보합니다.
2. 요양기관은 우선 요양급여를 하고 이 조회서를 지체 없이 공단에 조회하여야 하며, 공단은 7일(공휴일 제외) 이내에 이를 회신하여야 합니다.

조 회 사 유