[별지 제3호서식]

국민건강보험공단

우 ○○○-○○○ 주소/ 전화( )○○○○-○○○○/ 전송( )○○○○-○○○○ ○○○○부 부 장 ○○○ 차 장 ○○○ 담당자 ○○○

요양급여적용통보서

문서번호 :

수 신 기 관 명	국민건강보험공단 ○○○지사장		건강보험증번호 (사 업 장 기 호)	
가입자 또는 세 대 주	성 명		주 민 등 록 (관 리)번 호	
환 자	성 명		주 민 등 록 (관 리)번 호	
	주 소	(전화 :)		
진 료 구 분	1. 입원 2. 외래	진료(조제투약)기간	. . .~ . . .	
상 병 명		상병분류기호	상병외인 분류기호	사고 일시
요양급여개시일		요양급여적용전 비 용 청 구 근 거		
사 고 내 용 (구체적으로 기술)				

국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제4조제5항의 규정에 의하여 위와 같이 요양급여가 적용되고 있음을 통보합니다.

년 월 일

요양기관 기 호 :
소재지 :
대표자 : [인]

국민건강보험공단이사장 귀하

주 : 요양급여를 적용한 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 공단에 통보하여야 합니다.

210mm×297mm
(신문용지 54g/㎡(재활용품))