[별지 제4호서식] (앞 면)

요양급여의뢰서				
건 강 보 험 증 번 호(사 업 장 기 호)				
가입자 또는 세 대 주	성 명		주민등록(관리)번호	
환 자	성 명		주민등록(관리)번호	
주 소	(전화 :)			
상 병 명			상병분류기호	
진 료 기 간	. . .~ . . .		진료구분	1. 입원 2. 외래
환 자 상 태 및 진 료 소 견 (구체적으로 기술)	(뒷면 계속)			

국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제6조제3항의 규정에 의하여 위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.

년 월 일

요양기관 기 호 :

소재지 :

대표자 : [인]

담당의사 성 명 : (서명 또는 인)

요양기관대표자 귀하

주 : 1. 이 요양급여의뢰서는 요양급여를 행함에 있어 적절한 요양급여를 위하여 다른 요양기관으로 의뢰하는 경우에 담당의사로부터 무상으로 교부됩니다.

2. 환자상태 및 진료소견란에는 현증상, 검사, 투약 등 주요진료내용을 구체적으로 기재하기 바라며, 해당란이 부족한 때에는 뒷면을 활용하기 바랍니다.

210mm×297mm

(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒷 면)

환자상태 및 진료소견