

요양급여회송서						
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						
진 료 기 간	. . . ~ . . .	진료 일수		진료 구분	1. 입원 2. 외래	
환 자 상 태 및 진 료 소 견 (구체적으로 기술)	(뒷면 계속)					
국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제6조제3항의 규정에 의하여 위 와 같이 가입자 등을 회송합니다. 년 월 일 요양기관 기 호 : 소재지 : 대표자 : [인] 담당의사 성 명 : (서명 또는 인) 요양기관대표자 귀하						
주 : 1. 이 요양급여회송서는 요양급여의뢰를 받은 요양기관이 환자의 상 태가 호전되어 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당할 수 있는 요양기관으로 회송할 때 담당의사가 작성합니다. 2. 환자상태 및 진료소견 란에는 현증상, 경과기록(수술 및 처치등), 검사실시 내역 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 기재하기 바라며, 해당란이 부족한 때에는 뒷면을 활용하기 바랍니다.						

210mm×297mm

(일반용지 60g/m²(재활용품))

환자상태 및 진료소견