

간이 외래 진료비 계산서·영수증

|                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-----|-----------------------------|--|
| 환자등록번호                                                                                           |           | 환자 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 진료일 |     | 아간(공휴일)진료<br>( ) 아간 ( ) 공휴일 |  |
| 항목                                                                                               | 급여        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     | 비급여                         |  |
|                                                                                                  | 일부 본인부담   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 전액<br>본인부담 |     |     |                             |  |
|                                                                                                  | 본인부담금     | 공단부담금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |     |     |                             |  |
| 진찰료                                                                                              |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 주사료                                                                                              |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 투약 및 조제료                                                                                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 검사료                                                                                              |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 치치 및 수술료                                                                                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 기타                                                                                               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 「국민건강보험법」 제41<br>조의4에 따른 요양급여                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 65세 이상 등 정액                                                                                      |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 합계                                                                                               | ①         | ②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ③          | ④   |     |                             |  |
| ⑤ 진료비 총액<br>(①+②+③+④)                                                                            | 납부한<br>금액 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 카드         |     |     |                             |  |
| ⑥ 환자부담 총액<br>(⑤-②)                                                                               |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 현금영수증      |     |     |                             |  |
|                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 현금         |     |     |                             |  |
|                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 합계         |     |     |                             |  |
| * 요양기관 임의활용공간                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 사업자등록번호                                                                                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 상 호        |     |     |                             |  |
| 사업장 소재지                                                                                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 전화번호                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 대 표 자      |     | [인] |                             |  |
| 년 월 일                                                                                            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |
| 참고사항                                                                                             | 영수증       | 1. 일부 본인부담: 일반적으로 본인부담율은 외래 30%, 입원 20%이나, 환자 자격 등에 따라 달라질 수 있습니다.<br>※ 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여에는 보건복지부장관이 고시한 본인부담률이 적용됩니다.<br>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.                                                                               |            |     |     |                             |  |
|                                                                                                  | 일반        | 1. 아간(공휴일)진료 등 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.<br>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.<br>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청에 사용할 수 있습니다.<br>4. 현금영수증란에는 신용카드 단말기 등을 통해 "현금영수증(소득공제)"이 표기된 현금영수증을 발급한 금액만을 적습니다. |            |     |     |                             |  |
| 주(註): 이 계산서·영수증은 요양기관 중 종합병원·병원·치과병원·한방병원 및 요양병원을 제외한 요양기관이 외래진료를 한 경우만 수기용으로 사용할 수 있는 간이계산서입니다. |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |     |                             |  |

148mm×210mm(백상지 80/㎡)