

요양급여대상·비급여대상 여부 확인 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인	기관(단체)명	기관기호 또는 사업자등록번호	
	소재지(주소)	(전화번호:) (전자우편:)	
	성명	생년월일	
행위명	한 글 명		
	영문명(한문명)		
행위분류에 따른 항목	의과 []	검사 [], 영상진단 및 방사선치료 [], 마취 [], 이학요법 [], 정신요법 [], 처치 및 수술 [], 기타 [] _____	
	치과 [] 한방 []		
소요장비·소요재료 및 약제	소요장비 []		
	소요재료 []		
	약 제 []		
	해당사항 없음 []		
특정의료기기를 사용한 행위	해당 []	미해당 []	
비고			

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항에 따라 위 행위에 대한 요양급여대상·비급여대상 여부 확인을 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)
담당자 성명:
전화번호:

건강보험심사평가원장 귀하

제출서류	1. 다음 각 목 중 해당 서류(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항 본문에 따른 확인 신청만 해당합니다) 가. 소요 장비·재료·약제의 제조(수입) 허가증·인증서·신고서 및 관련 자료 나. 「의료기기법 시행규칙」 제64조에 따라 자료 협조를 요청한 경우 제조(수입) 허가·인증 신청서 및 접수증 2. 요양급여대상·비급여대상 여부에 대한 의견서 3. 국내·국외의 연구논문 등 그 밖의 참고자료
------	---

작성방법

1. 각 항목의 란이 부족한 경우에는 별지를 활용하시기 바랍니다.(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항 본문에 따른 확인 신청만 해당합니다)
2. 행위분류에 따른 항목란에는 의과·치과 및 한방과 관련 협회 또는 관련 학회에서 제정된 행위 분류항목을 표기합니다.
3. 특정의료기기를 사용한 행위 란에는 「의료기기법 시행규칙」 제9조제2항제6호에 따른 임상시험에 관한 자료를 첨부하여 품목 허가를 받은 의료기기에 해당하는 경우 표기합니다.

처 리 절 차

이 신청서는 건강보험심사평가원의 검토를 거쳐 신청인에게 결과 통보됩니다. 다만, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항 단서에 따라 신청하는 경우에는 식품의약품안전처장을 거쳐 신청서를 접수하고, 식품의약품안전처장을 거쳐 신청인에게 결과통보 됩니다.