

보조기기 급여 사전 승인 신청서

※ 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트 품목 신청에 한정하며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일
급여를 받을 사람	주민(외국인)등록번호	주소	
	성명	장애 유형	장애 정도 []심한 장애 []심하지 않은 장애
신청 보조기기명			
입원(입소)현황	[] 요양기관 입원 (입원일:) [] 장기요양시설 입소 (입소일:) ※ 현재 요양기관 또는 장기요양시설에 입원(입소) 중인 경우에는 해당 기관 또는 시설에서 보조기기를 제공하는 등 경우에 따라 보조기기 급여가 제한될 수 있습니다.		

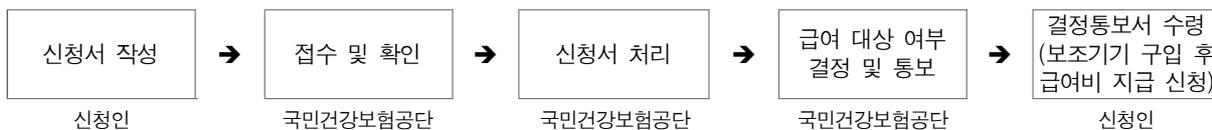
「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제3항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

신청인 (서명 또는 인) _____ 년 월 일
급여를 받을 사람과의 관계 _____
전화번호 _____

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식 및 별지 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전 1부	수수료 없음
------	--	--------

처리 절차



보조기기 급여 대상 여부 결정통보서

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제4항에 따라 아래와 같이 결정 통보합니다.

국민건강보험공단 이사장 (인) _____ 년 월 일

보조기기 품목	
결정사항	1. 급여 대상에 해당함 2. 급여 대상에 해당하지 않음
급여 대상에 해당하지 않는 사유	