

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호	접수일
------	-----

의료기관명	건강보험 요양기관기호
주소(전자우편 주소)	전화번호

총 발급건수	① 발급비용 총금액	② 본인부담금	③ 청구금액
	(원)	(원)	(원)

[] 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란자 경감대상자)

청구일자

이
이
이

청구인(의료기관 대표자)

(서명 또는 인)

작성인

(서명 또는 인)

첨부서류	의사소견서 발급비용 청구내역 1부	수수료 없음
------	--------------------	-----------

- ① 발급비용 총금액: 공단부담금과 본인부담금을 합한 총 금액을 적습니다.
- ② 본인부담금: 본인부담금으로서 신청인에게서 수납하는 금액을 적습니다.
- ③ 청구금액: 공단부담금으로서 공단에 청구하는 금액을 적습니다.

※ 참고: 청구금액은 건강보험급여비용 지급 계좌와 동일한 계좌로 입금됩니다.

[illegible]

※ 대상자 구분: ① 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란자 경감대상자)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]