

[첨부서류]

(제2쪽)

방문간호지시서 발급비용 청구명세서															건강보험 요양기관기호										
															의료기관 명칭										
연번	성명	주민등록 번호	장기요양 인정번호	장기 요양 등급	보장기관		대상자 구분		본인부담경감구분				본 인 부 담 률	발 급 일	유효 기간 *	의사 면허 번호	청구								
					기호	명칭	일반	의료	일반	저소득· 생계곤란	의료 급여 (1호외)	의료 급여 (1호)					코드	명칭	단가	횟수	소계	총액	본인 부담금	청구액	
총액						본인부담금								청구액											
참고																									

* 유효기간은 발급일부터 자동계산되므로 청구 시 기록할 필요 없습니다.

297mm×210mm[백상지 80g/㎡]