■ 의료급여법 시행규칙 [별지 제4호서식] <개정 2016. 12. 30.>

의료급여회송서

(앞쪽)

보장기관기호		보장기관명				
세대주 성명		생년월일				
수급권자 성명		주민등록번호				
주소		전화번호				
상병명		상병분류기호				
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원 · 외래			
환자상태 및 진료의견						

「의료급여법」 제7조제2항 및 같은 법 시행규칙 제3조제5항에 따라 위와 같이 수급권자를 회송합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 경과기록(수술 및 처치 등), 검사실시내용 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

환자상태 및 진료의견