

[별지 제7호서식]

의료급여증명서				
발급번호 :				
보 장 기 관 명				보장기관기호
세대주	성 명			의료급여종별 ()종
	주민등록번호			
	주 소			
부 양 가 족	성 명	세대주와 의 관계	주민등록번호	개일별자격취득일
최 초 자 격 취 득 일				
<p>위의 사람은 의료급여법에 의한 수급권자임을 증명합니다.</p> <p style="margin-left: 200px;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">(시장·군수·구청장) 인</p>				
<p>비 고</p> <p>1. 이 증명서는 의료급여증이 발급될 때까지만 사용할 수 있습니다.</p> <p>2. 의료급여기관에서는 반드시 본인임을 확인한 후 진료를 하여야 합니다.</p>				

210mm×297mm
(일반용지 60g/m²(재활용품))