

본인부담금의 일부 지급 청구서

접수번호		접수일		처리기간	
보장기관	기관명			보장기관기호	
세대주	성명			주민(외국인)등록번호	
진료받은 사람	성명			주민(외국인)등록번호	
의료급여기관	기관명	기관기호	진료기간	. . . ~ . . . () 일간	
본인부담액			지급대상액 (합계)		
지급결정액			지급의뢰일		
수령 계좌	금융기관명	계좌번호		예금주	
[] 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌					
[] 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌					

「의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 일부지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)
주소 :
(휴대)전화번호 :
진료받은 사람과의 관계 :

(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장) 귀하

첨부서류	진료받은 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
작성 방법		
수령 계좌 : 받을 사람의 해당란에 “√” 표시를 합니다. * 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다. - 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등) - 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인		