

## 본인부담금의 초과 금액 지급 청구서

(앞 쪽)

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

「의료급여법 시행규칙」 제19조의3에 따라 위와 같이 본인부담금의 초과금액 지급을 청구합니다.

년 월 일

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

(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장) 귀하

<추가 기재란>

(뒤 쪽)

의료급여기관명	진료기간
	. . . ~ . . . ( 원)
	. . . ~ . . . ( 원)
	. . . ~ . . . ( 원)
	. . . ~ . . . ( 원)

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

**처리 절차**

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

