[별지 제18호서식]

급여제한여부결정통보서			
보장기관명		보장기관기호	
세대주성명		주민등록번호	
수급권자성명		주민등록번호	
주 소			
결 정 사 항	1. 급여적용 2. 급여제한		
제 한 근 거	의료급여법 제15조제1항		
의료급여제한 개시일또는기간	년 월 일부터(년 월 일까지)		

의료급여법 제15조 및 동법시행규칙 제26조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 결정통보하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

시 장
군 수 인
구청장

의료급여기관대표자 귀하

비 고

1. 이 통보서는 시장·군수·구청장이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 해당 의료급여기관에 지체없이 송부하여야 합니다.
2. 결정사항에 이의가 있는 경우 90일이내에 시장·군수·구청장에게 이의신청할 수 있습니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))