

급여비용대지급신청서

접수번호		접수일자		처리기간		즉시	
신청인	성명			주민등록번호			
	주소			전화번호			
세대주성명					주민등록번호		
수급권자성명					주민등록번호		
주소							
진료기간		년 월 일부터		년 월 일까지(일간)			
의료급여기관명				주소			
급여 비용	급여비용총액						
	본인부담금						
	현금납부액						
	대지급신청액						

「의료급여법」 제20조 및 같은 법 시행규칙 제27조제1항의 규정에 따라 대지급을 신청하며 대지급금은 보장기관에서 정하는 바에 따라 상환할 것을 약속합니다.

년 월 일
성 명 : (서명 또는 인)
의료급여기관명 :
대 표 자 : ①

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

유의사항

이 신청서는 수급권자가 2부를 작성하여 진료를 한 의료급여기관의 확인을 받아 해당 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 하고, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 대지급 승인을 할 경우 대지급승인서 1부를 수급권자에게 발급하여야 하며, 수급권자는 대지급승인서를 의료급여기관에게 제출하여야 합니다.

급여비용대지급승인서

「의료급여법 시행규칙」 제27조제2항에 따라 위와 같이 대지급을 승인합니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인

의료급여기관 대표자 귀하