

이의신청 결정서

문서번호		수진자 성명 (진료받은 사람)	
관련 근거			

귀 원에서 이의신청한 사항에 대한 처리 결과를 아래와 같이 알려 드리며, 이 결정에 대하여 불복할 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁 조정위원회에 심판청구하거나, 관할 법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.

의
한
다

건강보험심사평가원 원장

접수번호 (일련번호)	심사 차수	명 일 련	수 진 자	심사결정금액		결정 내용
				I 항	II 항	