

# 국민건강보험법 시행규칙 일부개정령안

## 1. 개정이유

가입자·피부양자의 위임을 받은 준요양기관 및 보조기기 판매업자가 요양비 및 장애인보조기기 급여를 직접 청구할 수 있도록 「국민건강보험법」이 개정(법률 제17772호, 2020. 12. 29. 공포, 2021. 6. 30. 시행)됨에 따라 준요양기관 및 보조기기 판매업자의 급여 청구와 관련하여 위임받은 사항을 정하는 한편, 「의료법」 개정(법률 제17069호, 2020. 3. 4. 공포, 2021. 3. 5. 시행)을 통해 병원급 의료기관의 종류로 정신병원이 추가된 사항을 반영하려는 것임.

## 2. 주요내용

- 가. 준요양기관 및 보조기기 판매업자의 보험급여 청구에 필요한 세부 사항 마련(안 제23조의2, 제26조의2)
- 나. 준요양기관 및 보조기기 판매업자의 보험급여 청구 시 서류 보존에 관련된 사항 신설(안 제58조)
- 다. 「의료법」 개정사항을 반영한 자구 수정(안 별표 6)

## 3. 참고사항

- 가. 관계법령 : 「국민건강보험법」 제49조·제51조
- 나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 별도조치 필요 없음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(2021. 4. . ~ . .)

## 국민건강보험법 시행규칙 일부개정령안

국민건강보험법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제23조제2항 중 “보건복지부령으로 정하는 기관”을 “보건복지부령으로 정하는 기관(이하 “준요양기관”이라 한다)”으로 하고, 같은 조 제3항 각 호외의 부분 본문 중 “공단에 제출해야 한다”를 “제출하여 공단에 청구해야 한다”로 하며, 같은 항 제2호나목, 제3호나목, 제4호나목, 제5호나목 및 제6호나목 중 “세금계산서, 현금영수증”을 각각 “세금계산서 및 현금영수증”으로 하고, 같은 조 제6항을 삭제하며, 같은 조 제7항을 제6항으로 하고, 같은 항(종전의 제7항) 중 “제6항”을 “제5항”으로 한다.

제23조의2를 다음과 같이 신설한다.

제23조의2(준요양기관의 요양비 청구) ① 준요양기관은 법 제49조제3항에 따라 공단에 요양비 지급을 직접 청구할 수 있으며, 이 경우 제23조제3항 각 호의 서류와 별지 제19호의6서식의 요양비 청구 위임신청서를 제출해야 한다.

② 공단은 준요양기관이 제1항에 따라 요양비 지급을 청구한 경우, 사실관계 확인, 위임신청서 및 중복수급 신청여부 등 요양비 청구의 적정성을 심사해야 하며, 요양비 지급이 적정하지 않은 것으로 판단

한 때에는 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있다.

제26조제1항 중 “제51조제2항”을 “제51조제3항”으로 하고, 같은 조 제2항 각 호 외의 부분 본문 중 “보조기기[활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어(등받이 및 좌석 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 리클라이닝형 수동휠체어(등받이 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다]”를 “보조기기”로, “보조기기 급여비 지급청구서”를 “보조기기 급여 지급청구서”로 하며, 같은 항 각 호 외의 부분 단서를 삭제하고, 같은 항 제1호 중 “해당 검사 관련 서류 및 별지 제23호서식의 보조기기 접수확인서 각 1부”를 “해당 검사 관련 서류 각 1부”로 하며, 같은 호에 단서를 다음과 같이 신설한다.

다만, 지팡이, 목발, 흰지팡이 및 전동휠체어·전동스쿠터용 전지에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제외한다.

제26조제2항에 제2호를 다음과 같이 신설하고, 같은 항 제2호를 제3호로 하며, 같은 항 제3호를 제4호로 하고, 같은 항 제3호(종전의 제2호) 중 “세금계산서, 현금영수증”을 “세금계산서 및 현금영수증”으로 하며, 같은 조 제3항 중 “보조기기 중”을 “제2항에도 불구하고,”로, “급여 승인”을 각각 “급여 사전 승인”으로, “별지 제22호의서식 및 별지 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전과 해당 검사 결과 관련 서류”를 “제2항제1호의 서류”로 하고, 같은 조 제4항 “다음 각 호의 서류를”을 “제2항제2호부터 제4호까지의 서류를”로

하며, 같은 항 제1호부터 제3호까지 및 같은 조 제5항을 각각 삭제하고, 같은 조 제6항을 제5항으로 하며, 같은 조 제7항을 제6항으로 하고, 같은 조 제5항(종전의 제6항) 중 “제2항, 제4항 및 제5항”을 “제2항 및 제4항”으로, “지급 청구를 한 사람 또는 보조기기 제조·판매자”를 “지급 청구를 한 사람”으로 한다.

2. 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서 1부. 다만 제1호 단서의 보조기기와 일반형 수동휠체어, 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어(등받이 및 좌석 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 리클라이닝형 수동휠체어(등받이 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행차, 돌보기 및 망원경에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제외한다.

제26조의2를 다음과 같이 신설한다.

제26조의2(보조기기 판매업자의 보험급여 청구) ① 보조기기 판매업자는 법 제51조제2항에 따라 공단에 보조기기 보험급여를 직접 청구할 수 있으며, 이 경우 제26조제2항 및 제4항의 서류에 다음 각 호의 서류를 추가로 첨부하여 공단에 제출해야 한다.

1. 별지 제21호의2서식의 보조기기 급여비 청구 위임 신청서
2. 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지(義肢)·보조기 제조·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자[보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의

경우에는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다]임을 증명할 수 있는 서류. 다만 다음 각 목 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 제외한다.

가. 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우

나. 지팡이, 목발 또는 흰지팡이를 구입한 경우

다. 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우

② 제1항에도 불구하고, 제26조제3항에 따른 보조기기 급여 사전 승인은 가입자 및 피부양자만이 신청할 수 있다.

③ 공단은 제1항에 따라 보조기기 판매업자가 서류를 제출한 경우, 사실관계 확인 및 중복수급 신청여부 등 급여 청구의 적정성을 심사해야 하며, 급여 지급이 적정하지 않은 것으로 판단할 때에는 보험급여의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있다.

제58조제1항 각 호 외의 부분 본문 중 “제96조의2제1항”을 “제96조의3제1항”으로, “보존하여야”를 “보존해야”로 하고, 같은 조 제2항 중 “제96조의2제1항”을 “제96조의3제1항”으로 하며, 같은 조 제3항 각 호 외의 부분 본문 중 “제96조의2제2항”을 “제96조의3제2항”으로, “보존하여야”를 “보존해야”로 하고, 같은 조에 제4항 및 제5항을 각각 다음과 같이 신설한다.

④ 법 제49조제3항에 따라 요양비를 청구한 준요양기관이 법 제96

조의3제3항에 따라 보존해야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.

1. 처방전, 요양을 받았음을 증명하는 서류, 세금계산서, 현금영수증 등 요양비 청구에 관한 서류
2. 제1호의 서류를 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료

⑤ 법 제51조제2항에 따라 보조기기 보험급여를 청구한 보조기기 판매업자가 법 제96조의3제4항에 따라 보존해야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.

1. 보조기기 처방전, 보조기기 검수확인서, 세금계산서, 현금영수증 등 보조기기 보험급여 청구에 관한 서류
2. 제1호의 서류를 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료

별표 6 제1호가목5) 중 “「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원과 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서”를 “「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서”로 한다.

별지 제14호서식, 별지 제18호서식, 별지 제19호서식, 별지 제19호의2서식부터 별지 제19호의5서식까지를 각각 별지와 같이 한다.

별지 제19호의6서식 및 별지 제21호의2서식을 각각 별지와 같이 신설

한다.

## 부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 2021년 6월 30일부터 시행한다.

제2조(서식개정에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 제출한 요양비 및 보조기기 급여 관련 서식은 이 규칙에 따라 제출한 것으로 본다.



요양비 지급청구서 ([ ]출산비 [ ]복막투석 [ ]자가도뇨 [ ]기타)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.  
※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

|                                                                                                                                         |                                                                               |                                   |                |                                        |                          |         |                |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------------|--------------------------|---------|----------------|------------|------|
| 접수번호                                                                                                                                    |                                                                               | 접수일                               |                | 처리기간                                   |                          | 즉시      |                |            |      |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자                                                                                                                        |                                                                               | 「국민건강보험법 시행령」별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |                | 「국민건강보험법 시행령」별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ]      |                          |         |                |            |      |
| [ ] 희귀난치성질환자 산정특례대상                                                                                                                     |                                                                               | 등록번호                              |                | ※ 희귀난치성질환자 산정 특례대상은 반드시 등록번호를 적어야 합니다. |                          |         |                |            |      |
| ① 진료받은 사람                                                                                                                               | 성명:                                                                           | 연락처                               | (자택)<br>(휴대전화) | 주민(외국인)등록번호                            |                          |         |                |            |      |
| ② 요양기관                                                                                                                                  | 명칭                                                                            |                                   | 요양기관 기호        |                                        | ③ 진료 구분      입원[ ] 외래[ ] |         |                |            |      |
| ④ 처방전 발행일                                                                                                                               |                                                                               | ⑤ 진료기간 또는 출산일                     | . . .부터 ( )일간  |                                        | ⑥ 상병명                    | 상병코드    |                |            |      |
| ⑦ 출산장소                                                                                                                                  | 1.자택[ ]    2.요양기관이 아닌 의료기관[ ]    3.구급차[ ]    4.대중교통[ ]    5. 길[ ]    6. 기타[ ] |                                   |                |                                        |                          |         |                |            |      |
| ⑧ 진료받은 사람<br>외 청구인                                                                                                                      | 가족                                                                            | 성명:                               | 주민(외국인)등록번호:   |                                        | 진료받은 사람과의 관계:            | 연락처     | (자택)<br>(휴대전화) |            |      |
|                                                                                                                                         | 판매업소                                                                          | 상호:                               | 사업자등록번호:       |                                        | 대표자:                     | 연락처     | (업소)<br>(휴대전화) |            |      |
| ※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |                                                                               |                                   |                |                                        |                          |         |                |            |      |
| 구분                                                                                                                                      | 기준금액                                                                          | 구입금액(㉠+㉡)<br>(세금계산서 합계금액)         | 본인부담금<br>(㉢)   | 청구금액<br>(㉣)                            | 판매업소                     |         |                | 지급일수       | 개수/일 |
|                                                                                                                                         |                                                                               |                                   |                |                                        | 상호                       | 사업자등록번호 | 대표자            |            |      |
| ⑨ 복막관류액                                                                                                                                 | 원                                                                             | 원                                 | 원              | 원                                      |                          |         |                |            |      |
| ⑩ 복막투석 소모성재료                                                                                                                            | 원                                                                             | 원                                 | 원              | 원                                      |                          |         |                | 일          |      |
| ⑪ 자가도뇨 소모성재료                                                                                                                            | 원                                                                             | 원                                 | 원              | 원                                      |                          |         |                | 일          | 개    |
| 지급의뢰일                                                                                                                                   |                                                                               | 심사결정액                             |                | 원                                      | 본인부담액                    |         | 원              | 지급액      원 |      |
| ⑫ 수령 계좌                                                                                                                                 | 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ]                                                            |                                   | 금융기관명:         |                                        | 계좌번호:                    |         |                |            |      |
|                                                                                                                                         | 의약품·의료기기 판매업소 계좌 [ ]                                                          |                                   | 예금주 성명:        |                                        | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호:  |         |                |            |      |
|                                                                                                                                         |                                                                               | 진료받은 사람의 요양비등수급계좌 [ ]             |                |                                        |                          |         |                |            |      |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조, 제23조의2에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑬ 청구인([ ] 진료받은 사람, [ ] 가족, [ ] 판매업소(대표자))

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

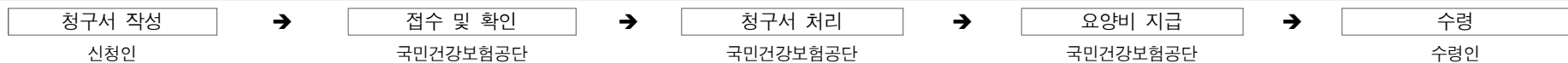
(뒤 쪽)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 요양비 명세서 사본, 요양기관에서 요양을 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 각 1부<br>2. ① 의사 처방전 1부, ② 세금계산서(약국의 경우에는 처방전 및 세금계산서) 1부, ③ 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부<br>※ 만성신부전증 환자, 선천성 신경인성 방광환자의 경우에는 제2호 서류만 첨부합니다.<br>3. 출산 사실을 증명하는 서류(사산 또는 출생 후 사망한 경우에는 이를 증명할 수 있는 서류) 1부<br>4. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) 신청 시(수진자 본인만 해당)는 행복지킴이 통장 사본 1부<br>※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

#### 작성방법

- ① : 진료받거나 출산한 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다.
- ② : 요양기관명, 요양기관 기호를 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다)
- ③ : 해당 구분에 "✓"표시를 합니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다)
- ④ : 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다)
- ⑤ : 진료인 경우에는 진료 시작 연월일 및 기간을, 출산인 경우에는 출산 연월일을 적습니다. (\* 예시: 2009년 7월 1일부터 7월 15일까지 진료인 경우 → 2009. 7. 1.부터 (15)일간)
- ⑥ : 상병명을 적되, 상병이 2개 이상일 경우에는 주된 상병명 하나만을 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다)
- ⑦ : 해당 번호에 "✓"표시를 합니다.
- ⑧ : 진료받은 사람의 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·판매업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑨ : 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다.
- ⑩ : 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적고 의약품판매업소의 상호명, 사업자등록번호, 대표자, 소모성 재료 지급 일수를 적습니다.
- ⑪ : 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여청구금액을 적고 의료기기판매업소의 상호명, 사업자등록번호, 대표자, 지급일수와 자가도뇨 소모성 재료 1일당 개수를 적습니다.
- ⑫ : 급여비를 받을 계좌를 선택하여 "✓" 표시 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주성명, 예금주 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호) 또는 사업자등록번호(예금주가 판매업소인 경우)를 정확히 적습니다.  
\* 예금주는 다음에 해당하여야 합니다.  
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족  
- 의약품·의료기기 판매업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 의약품판매업소(복막관류액 및 복막투석 소모성 재료), 의료기기판매업소(자가도뇨 소모성 재료)에 요양비를 직접 청구하도록 위임한 경우 판매업소  
- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당  
\* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다. <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ⑬ : 청구인은 진료를 받은 사람과, 가족, 판매업소(대표자) 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 판매업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받은 의약품·의료기기 판매업소여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

#### 처리절차



#### 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

요양비 지급청구서(산소치료)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다. (앞 쪽)  
※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다.

|                                                                                                                                                 |                                               |                                    |                           |                                    |                         |                       |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|
| 접수번호                                                                                                                                            |                                               | 접수일                                |                           | 처리기간                               |                         | 즉시                    |               |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자                                                                                                                                |                                               | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |                           | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ] |                         |                       |               |
| ① 진료받은 사람                                                                                                                                       | 성명:                                           | 연락처<br>(자택)<br>(휴대전화)              | 주민(외국인)등록번호               |                                    |                         |                       |               |
| ② 요양기관                                                                                                                                          | 명칭                                            | 요양기관 기호                            |                           | ③ 상병                               | 명칭                      | 상병코드                  |               |
| ④ 진료 구분                                                                                                                                         | 입원[ ] 외래[ ]                                   |                                    | ⑤ 처방전 발행일                 | ⑥ 요양비 청구기간<br>(월 단위)               |                         | . . . ~ . . . 까지      |               |
| ⑦ 진료받은 사람 외<br>청구인                                                                                                                              | 가족                                            | 성명:                                | 주민등록번호                    | 진료받은 사람과의 관계:                      |                         | 연락처<br>(자택)<br>(휴대전화) |               |
|                                                                                                                                                 | 서비스<br>제공업소                                   | 상호:                                | 사업자등록번호                   | 대표자:                               |                         | 연락처<br>(업소)<br>(휴대전화) |               |
| ※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 서비스 제공업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민<br>등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |                                               |                                    |                           |                                    |                         |                       |               |
| ⑧ 산소치료서비스                                                                                                                                       | 산소치료 서비스 제공업소명:<br>(사업자등록번호, 대표자)( , )        |                                    |                           | 산소발생기 모델명:                         |                         | 산소발생기 관리번호:           |               |
| ⑨ 대여금액                                                                                                                                          | 기준금액                                          | 원                                  | 대여가격(㉠+㉡)<br>(세금계산서 합계금액) | 원                                  | 본인부담금<br>(㉢)            | 원                     | 청구금액<br>(㉣) 원 |
| ⑩ 계약금액                                                                                                                                          | 원                                             |                                    | 본인부담액                     | 원                                  | 지급청구액                   | 원                     | 지급의뢰일 . . .   |
| ⑪ 수령 계좌                                                                                                                                         | 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ]                            |                                    | 금융기관명:                    |                                    | 계좌번호:                   |                       |               |
|                                                                                                                                                 | 산소 치료서비스 제공업소 계좌 [ ]<br>진료받은 사람의 요양비등수급계좌 [ ] |                                    | 예금주 성명:                   |                                    | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호: |                       |               |
| ⑫ 공단 확인사항                                                                                                                                       | 요양비 지급청구 차수                                   | 가정용<br>휴대용                         |                           | 차<br>차                             | 호흡기장애 정도                | 1. 심한 정도 2. 심하지 않은 정도 |               |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑬ 청구인 ([ ]진료받은 사람, [ ]가족, [ ]서비스 제공업소(대표자)) (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

## 첨부서류

1. 산소치료를 했음을 증명할 수 있는 서류 1부.
2. ① 산소치료 처방전 1부, ② 세급계산서 1부, ③ 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부.
3. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) 신청 시(진료받은 사람 본인만 해당)는 행복지킴이 통장 사본 1부.  
※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.

## 작성방법

- ①: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다.
- ②·③: 요양기관명, 요양기관 기호, 상병명(주된 상병), 상병코드를 적습니다.
- ④: 해당 구분에 "✓" 표시를 합니다.
- ⑤: 의사가 산소치료 처방전을 발행한 날을 년·월·일로 적습니다.
- ⑥: 의사의 산소치료 처방전에 따른 의료용 산소발생기를 계약한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다. <예시: 2009년 7월 1일부터 진료인 경우 → 2009. 7. 1. ~ 2009. 7. 31.>
- ⑦: 진료받은 사람의 가족 또는 산소치료 서비스제공업소(이하 대여업소)에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·대여업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑧: 대여업소명, 사업자등록번호, 대표자, 산소발생기 모델명 및 관리번호를 각 칸에 적습니다.  
<관리번호 예시: (a)(b)(c)(d)(e)(f)(g)(h)(i)(j)(k)(l)(m)(n)(o)(p)(q)(r)(s)(t)(u) → (a~f: 제조년·월 6자리, g~u: 기기 시리얼번호 15자리) >
- ⑨: 급여 기준금액, 대여가격(세급계산서상 합계금액), 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다.
- ⑩: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 월 계약금액을 적습니다.
- ⑪: 급여비를 받을 계좌를 선택하여 "✓" 표시 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주성명, 예금주 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호) 또는 사업자등록번호(예금주가 대여업소인 경우)를 정확히 적습니다.  
\* 예금주는 다음에 해당하여야 합니다.  
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족  
- 산소치료 서비스 제공업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 대여업소에 요양비를 직접 청구하도록 위임한 경우 해당 업소  
- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당  
\* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다. <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ⑫: 공단 확인사항은 공단 직원이 확인하여야 하는 사항입니다.  
- 처방전은 내과 전문의, 결핵과 전문의, 흉부외과 전문의가 발행한 것이어야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.  
- 요양비 지급청구 차수: 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 12개월 중 1차(첫 달)에는 반드시 "산소치료 처방전"을 확인하여야 합니다.  
※ 가정용은 최대 12차까지 기재 가능하며, 휴대용(월 2회 청구 가능)은 최대 24차까지 기재 가능합니다.  
- 처방기간은 1회 12개월 이내로 하고, 호흡기 장애인의 경우에는 해당 호흡기장애 정도에 "○"표를 합니다.  
- 호흡기 장애정도가 심하지 않거나 호흡기 장애인이 아닌 경우에는 중증의 만성심폐질환으로 90일 동안의 적절한 내과적 치료를 받은 경우에만 지급합니다.
- ⑬: 청구인은 진료를 받은 사람, 가족, 서비스 제공업소(대표자) 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 서비스 제공업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받아야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

## 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.  
※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

|                                                                                                                                         |  |                                    |                       |                                    |                           |                    |                        |      |         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------|------|---------|-----|
| 접수번호                                                                                                                                    |  | 접수일                                |                       | 처리기간                               |                           | 즉시                 |                        |      |         |     |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자                                                                                                                        |  | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |                       | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ] |                           |                    |                        |      |         |     |
| 상병명 및 상병코드                                                                                                                              |  | 상병명                                |                       | 상병코드                               |                           |                    |                        |      |         |     |
| ① 진료받은 사람                                                                                                                               |  | 성명:                                | 연락처<br>(자택)<br>(휴대전화) | 주민(외국인)등록번호                        |                           |                    |                        |      |         |     |
| ② 처방전 발행 요양기관                                                                                                                           |  | 명칭:                                |                       | 요양기관 기호:                           |                           | ③ 처방전 발행일<br>년 월 일 |                        |      |         |     |
| ⑤ 진료받은 사람 외 청구인                                                                                                                         |  | 가족                                 | 성명:                   | 주민등록번호:                            | 진료받은 사람과의 관계:             | 연락처                | (자택)<br>(휴대전화)         |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | 판매업소                               | 상호:                   | 사업자등록번호:                           | 대표자:                      | 연락처                | (업소)<br>(휴대전화)         |      |         |     |
| ※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |  |                                    |                       |                                    |                           |                    |                        |      |         |     |
| ⑥ 당뇨병 소모성 재료 구입<br>및 청구내역                                                                                                               |  | 소모성 재료 종류                          |                       | 기준금액                               | 구입금액(㉠+㉡)<br>(세금계산서 합계금액) | 본인부담금<br>(㉢)       | 청구금액<br>(㉣)            | 판매업소 |         |     |
|                                                                                                                                         |  |                                    |                       |                                    |                           |                    |                        | 상호   | 사업자등록번호 | 대표자 |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 혈당측정검사지                        |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 채혈침                            |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 인슐린 주사기                        |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 인슐린 주사바늘                       |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 인슐린펌프용 주사기                     |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 인슐린펌프용 주사바늘                    |                       | 원                                  | 원                         | 원                  | 원                      |      |         |     |
| [ ] 연속혈당측정용 전극                                                                                                                          |  | 원                                  | 원                     | 원                                  | 원                         |                    |                        |      |         |     |
| ⑦ 수령 계좌                                                                                                                                 |  | 가입자 또는 피부양자 계좌                     |                       | [ ]                                | 금융기관명                     |                    | 계좌번호                   |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | 의료기기 판매업소 계좌                       |                       | [ ]                                | 예금주 성명                    |                    | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 |      |         |     |
|                                                                                                                                         |  | 진료받은 사람의 요양비등수급계좌                  |                       | [ ]                                |                           |                    |                        |      |         |     |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑧ 청구인 ([ ]진료받은 사람, [ ]가족, [ ]판매업소(대표자))

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

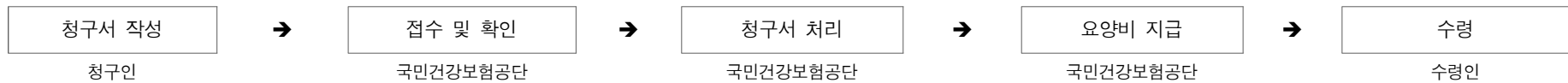
(뒤쪽)

|      |                                                                                                                                                                                                  |           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 의사의 처방전(당뇨병 소모성 재료 처방전) 1부<br>2. ① 세금계산서 1부, ② 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부<br>3. 진료받은 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부<br>※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

#### 작성방법

- ① 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다.
- ② 의사가 발행한 처방전에 기재된 요양기관명, 요양기관 기호를 적습니다.
- ③ 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
- ④ 의사가 발행한 처방전에 기재된 당뇨병 소모성 재료의 청구 일수를 적습니다.
- ⑤ 진료받은 사람의 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·판매업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑥ 구입한 당뇨병 소모성 재료의 종류에 √ 표시를 하고, 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적고, 판매업소의 상호, 사업자등록번호, 대표자를 적습니다.
- ⑦ 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.  
\* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
  - 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족
  - 의료기기 판매업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 당뇨병 소모성 재료 판매업소에 요양비를 직접 청구하도록 위임한 경우에는 판매업소
  - 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당
- \* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다. (예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금)
- ⑧ 청구인은 진료를 받은 사람과 가족, 판매업소(대표자) 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 판매업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받은 의약품·의료기기 판매업소여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정 대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

#### 처리절차



#### 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.  
※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  |                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|------|------------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|--|
| 접수번호                                                                                                                                    |  | 접수일                                |  |      | 처리기간                               |                           | 즉시               |                        |  |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자                                                                                                                        |  | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |  |      | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ] |                           |                  |                        |  |
| 상병명 및 상병코드                                                                                                                              |  | 상병명                                |  |      | 상병코드                               |                           |                  |                        |  |
| ① 진료받은 사람                                                                                                                               |  | 성명:                                |  | 연락처  | (자택)                               |                           | 주민(외국인)등록번호      |                        |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      | (휴대전화)                             |                           |                  |                        |  |
| ② 처방전 발행 요양기관                                                                                                                           |  | 명칭                                 |  |      | 요양기관 기호                            |                           | ③ 처방전 발행일        |                        |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           | ④ 요양비 청구기간(월 단위) |                        |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      | 년 월 일                              |                           | . . . ~ . . . 까지 |                        |  |
| ⑤ 진료받은 사람 외 청구인                                                                                                                         |  | 가족                                 |  | 성명:  |                                    | 주민등록번호:                   |                  | 진료받은 사람과의 관계:          |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | 연락처                    |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | (자택)                   |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | (휴대전화)                 |  |
|                                                                                                                                         |  | 판매업소                               |  | 상호:  |                                    | 사업자등록번호:                  |                  | 대표자:                   |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | 연락처                    |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | (업소)                   |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | (휴대전화)                 |  |
| ※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  |                        |  |
| ⑥ 당뇨병 관리기기 구입 및 청구내역                                                                                                                    |  | 종류                                 |  | 기준금액 |                                    | 구입금액(㉠+㉡)<br>(세금계산서 합계금액) |                  | 본인부담금<br>(㉠)           |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  | 청구금액<br>(㉡)            |  |
|                                                                                                                                         |  |                                    |  |      |                                    |                           |                  |                        |  |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 연속혈당측정기                        |  | 원    |                                    | 원                         |                  | 원                      |  |
|                                                                                                                                         |  | [ ] 인슐린자동주입기                       |  | 원    |                                    | 원                         |                  | 원                      |  |
| ⑦ 수령 계좌                                                                                                                                 |  | 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ]                 |  |      |                                    | 금융기관명                     |                  | 계좌번호                   |  |
|                                                                                                                                         |  | 의료기기 판매업소 계좌 [ ]                   |  |      |                                    |                           |                  |                        |  |
|                                                                                                                                         |  | 진료받은 사람의 요양비등수급계좌 [ ]              |  |      |                                    | 예금주 성명                    |                  | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 |  |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑧ 청구인([ ]진료받은 사람, [ ]가족, [ ]판매업소(대표자))

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

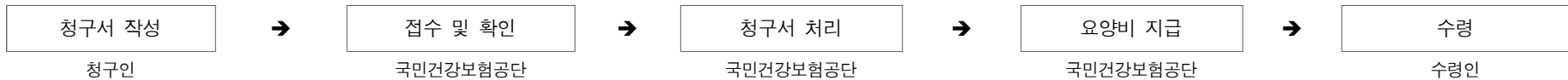
(뒤 쪽)

|      |                                                                                                                                                                                                |           |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 의사의 처방전(당뇨병 관리기기 처방전) 1부<br>2. ① 세금계산서 1부, ② 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부<br>3. 진료받은 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부<br>※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

#### 작성방법

- ① 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다.
- ② 의사가 발행한 처방전에 기재된 요양기관명, 요양기관 기호를 적습니다.
- ③ 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
- ④ 의사의 처방전에 따라 의료기기를 구입한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다.  
(예시: 2020년 1월 15일에 구입하고 2021년 1월 14일까지 사용한 경우 → 2020.1. ~ 2021.1.)
- ⑤ 진료받은 사람의 가족 또는 판매업소에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·판매업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑥ 구입한 당뇨병 관리기기의 종류에 √ 표시를 하고, 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액 및 판매업소의 상호, 사업자등록번호, 대표자를 적습니다.
- ⑦ 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.  
\* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
  - 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족
  - 의료기기 판매업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 당뇨병 관리기기 판매업소에 요양비를 직접 청구하도록 위임한 경우에는 판매업소
  - 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당
- \* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
- ⑧ 청구인은 진료를 받은 사람과 가족, 판매업소 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 판매업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받은 의약품·의료기기 판매업소여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

#### 처리절차



#### 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양비 지급청구서 ([ ] 인공호흡기 [ ] 기침유발기)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.  
※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

|                                                                                                                                         |                                |                                    |                           |                                    |                       |              |                         |      |                           |              |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------|------|---------------------------|--------------|-------------|
| 접수번호                                                                                                                                    |                                | 접수일                                |                           | 처리기간                               |                       | 즉시           |                         |      |                           |              |             |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자                                                                                                                        |                                | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |                           | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ] |                       |              |                         |      |                           |              |             |
| [ ] 희귀난치성질환자 산정특례대상(해당 시 등록번호 기재)                                                                                                       |                                | 등록번호                               |                           |                                    |                       |              |                         |      |                           |              |             |
| ① 진료받은 사람                                                                                                                               | 성명:                            | 연락처                                | (자택)<br>(휴대전화)            | 주민(외국인)등록번호                        |                       |              |                         |      |                           |              |             |
| ② 상병명                                                                                                                                   |                                | ③ 상병코드                             |                           | ④ 진료구분                             | [ ] 입원                | [ ] 외래       |                         |      |                           |              |             |
| ⑤ 처방전 발행 요양기관                                                                                                                           | 명칭                             | 요양기관 기호                            | ⑥ 처방전 발행일                 |                                    | ⑦ 인공호흡기 또는 기침유발기 청구기간 | ~            |                         |      |                           |              |             |
| ⑧ 인공호흡기 또는 기침유발기                                                                                                                        | 대여업소명:<br>(사업자등록번호 : , 대표자 : ) |                                    | 모델명                       |                                    | 관리번호                  |              |                         |      |                           |              |             |
| ⑨ 진료받은 사람 외 청구인                                                                                                                         | 가족                             | 성명:                                | 주민등록번호:                   |                                    | 진료받은 사람과의 관계:         | 연락처          | (자택)<br>(휴대전화)          |      |                           |              |             |
|                                                                                                                                         | 대여업소                           | 상호:                                | 사업자등록번호:                  |                                    | 대표자:                  | 연락처          | (업소)<br>(휴대전화)          |      |                           |              |             |
|                                                                                                                                         |                                |                                    |                           |                                    |                       |              |                         |      |                           |              |             |
|                                                                                                                                         |                                |                                    |                           |                                    |                       |              |                         |      |                           |              |             |
| ※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 대여업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |                                |                                    |                           |                                    |                       |              |                         |      |                           |              |             |
| ⑩ 인공호흡기 또는 기침유발기 계약금액 (기기 월 대여비)                                                                                                        | [ ] 혼합형<br>[ ] 압력형<br>[ ] 볼륨형  | 기준금액                               | 대여금액(㉑+㉒)<br>(세금계산서 합계금액) | 본인부담금<br>(㉑)                       | 청구금액<br>(㉒)           | ⑪ 기본 소모품(공통) | [ ] 1 세트<br>[ ] 2 세트    | 기준금액 | 구입금액(㉑+㉒)<br>(세금계산서 합계금액) | 본인부담금<br>(㉑) | 청구금액<br>(㉒) |
| ⑫ 소모품 구입금액 (㉑, ㉒ 중 하나 선택)                                                                                                               | 선택소모품 ㉑                        | [ ] 일반 일체형 커넥터                     |                           | [ ] 1 개 [ ] 2 개                    |                       | 원            | 원                       | 원    | 원                         |              |             |
|                                                                                                                                         |                                | [ ] 일반 · 실리콘 튜브 연결형 커넥터            |                           | [ ] 1 세트 [ ] 2 세트                  |                       | 원            | 원                       | 원    | 원                         |              |             |
|                                                                                                                                         | 선택소모품 ㉒                        | [ ] 코마스크(Nasal, Pillow Mask)       |                           | [ ] 겔                              |                       | 원            | 원                       | 원    | 원                         |              |             |
|                                                                                                                                         |                                | [ ] 코입마스크(Facial Mask)             |                           | [ ] 실리콘                            |                       | 원            | 원                       | 원    | 원                         |              |             |
| ⑬ 수령 계좌                                                                                                                                 | 가입자 또는 피부양자 계좌                 |                                    | [ ]                       |                                    | 금융기관명:                |              | 계좌번호:                   |      |                           |              |             |
|                                                                                                                                         | 인공호흡기 또는 기침유발기 대여업소 계좌         |                                    | [ ]                       |                                    | 예금주 성명:               |              | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호: |      |                           |              |             |
|                                                                                                                                         |                                | 진료받은 사람의 요양비등수급계좌                  |                           | [ ]                                |                       |              |                         |      |                           |              |             |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일  
(서명 또는 인)

⑭ 청구인([ ]진료받은 사람, [ ]가족, [ ]대여업소(대표자))

국민건강보험공단 이사장 귀하

(뒤쪽)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 인공호흡기 또는 기침유발기 처방전(검사결과지 또는 검사결과소견서 포함) 1부,<br>2. ① 인공호흡기 또는 기침유발기 대여를 증명할 수 있는 서류 1부 ② 세금계산서 1부, ③ 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부.<br>3. 수진자 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.<br>4. 기관절개 또는 기관봉합 증명서류 1부.(선택소모품 종류를 변경할 경우에만 첨부합니다) | 수수료<br>없음 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

### 작성방법

- ①: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다. (※ 외국인은 외국인등록번호를 적고, 재외국민은 국내거소신고번호를 적습니다.)
- ②③: 상병명(주된 상병)과 상병코드를 정확히 적습니다.
- ④: 해당 구분에 [√]표시를 합니다.
- ⑤: 요양기관 명칭과 요양기관 기호를 적습니다.
- ⑥: 처방전 발행일을 적습니다.
- ⑦: 인공호흡기 또는 기침유발기의 청구기간은 다음 사항을 참고하여 적습니다.
- 의사의 처방전에 따라 인공호흡기 또는 기침유발기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 인공호흡기 또는 기침유발기를 더 이상 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
  - 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
  - 전(前)달에 이어 인공호흡기 또는 기침유발기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 인공호흡기 또는 기침유발기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.
- 〈예시: 2016년 2월 21일부터 진료인 경우 → 1차 청구: 2016. 2. 21.~2016. 2. 28., 2차 청구: 2016. 3. 1.~2016. 3. 31., …, 마지막 청구 시: 2016. 8. 1. ~ 2016. 8. 20.〉
- ⑧: 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스제공업소(이하 대여업소)명, 사업자등록번호, 대표자, 모델명 및 관리번호를 각 칸에 적습니다.
- 〈관리번호 예시: a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u → (a~f: 제조년·월 6자리, g~u: 기기 시리얼번호 15자리)
- ⑨: 진료받은 사람의 가족 또는 대여업소에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·대여업소 정보 및 연락처를 적습니다.
- \* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑩: 인공호흡기 또는 기침유발기 대여업소와 계약한 해당 인공호흡기 또는 기침유발기의 환기타입에 [√]표시하고 월 계약금액의 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구 금액을 적습니다.
- ⑪: 기본소모품은 튜브, 필터, 가습기물통으로 구성됩니다. 1세트는 튜브 1개, 필터 4개, 가습기물통 1개이며 2세트는 튜브 2개, 필터 4개, 가습기물통 1개입니다. 해당 구분에 [√]표시를 하고 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다.
- ⑫: 선택소모품 ㉞과 ㉟ 중 하나를 선택하여 해당 구분에 [√] 표시하고 금액을 적습니다. ㉞을 선택한 경우 기관절개환자용 커넥터의 종류(일반일체형, 일반·실리콘 튜브 연결형)와 수량을 선택하여 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다. 커넥터는 월 최대 2세트까지 선택가능하며 교차선택 가능합니다. ㉟을 선택한 경우 해당 종류와 재질을 하나씩만 선택하여 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다. 기관절개술 또는 기관봉합술로 선택소모품을 변경하는 경우에는 관련 증명서류를 함께 제출해야 합니다.
- ⑬: 요양비를 수령받을 계좌 종류를 선택하고 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민등록번호(외국인등록번호)를 정확히 적습니다.
- ※ 예금주는 다음에 해당하여야 합니다.
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족
  - 인공호흡기 또는 기침유발기 대여업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스 제공업소에 요양비를 직접 청구하도록 요청하는 경우에는 해당 업소
  - 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당
- \* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다. 〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉
- ⑭: 청구인은 진료를 받은 사람, 가족, 대여업소 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 대여업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받은 업소여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

### 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

요양비 지급청구서(양압기)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 동일 치료 목적으로 지급받는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다.

(앞 쪽)

|                                                     |     |                                    |    |
|-----------------------------------------------------|-----|------------------------------------|----|
| 접수번호                                                | 접수일 | 처리기간                               | 즉시 |
| [ ] 본인부담액 경감 대상자 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 [ ] |     | 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 [ ] |    |

|           |                                  |                       |                    |
|-----------|----------------------------------|-----------------------|--------------------|
| ① 진료받은 사람 | 성명:                              | 연락처<br>(자택)<br>(휴대전화) | 주민(외국인)등록번호        |
| ② 요양기관    | 명칭                               | 요양기관 기호               | ③ 상병<br>명칭<br>상병코드 |
| ④ 진료구분    | [ ]입원 [ ]외래                      | ⑤ 처방전 발행일             | ⑥ 청구기간 ~           |
| ⑦ 양압기     | 대여업소명(상호):<br>(사업자등록번호: , 대표자: ) | 모델명                   | 관리번호               |

|                    |      |     |          |               |                       |
|--------------------|------|-----|----------|---------------|-----------------------|
| ⑧ 진료받은 사람 외<br>청구인 | 가족   | 성명: | 주민등록번호:  | 진료받은 사람과의 관계: | 연락처<br>(자택)<br>(휴대전화) |
|                    | 대여업소 | 상호: | 사업자등록번호: | 대표자:          | 연락처<br>(업소)<br>(휴대전화) |

※ 진료받은 사람 본인이 아닌 가족 또는 대여업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다.

|                             |                       |      |                           |          |         |
|-----------------------------|-----------------------|------|---------------------------|----------|---------|
| ⑨ 기기종류 및<br>계약금액<br>(월 대여비) | [ ] 지속형(CPAP)         | 기준금액 | 대여금액(㉠+㉡)<br>(세금계산서 합계금액) | 본인부담금(㉠) | 청구금액(㉡) |
|                             | [ ] 자동형(APAP)         | 원    | 원                         | 원        | 원       |
| ⑩ 소모품(마스크)종류<br>및 구입금액      | [ ] 코형(Nasal Mask)    | 기준금액 | 구입금액(㉢+㉣)<br>(세금계산서 합계금액) | 본인부담금(㉢) | 청구금액(㉣) |
|                             | [ ] 콧구멍형(Pillow Mask) | 원    | 원                         | 원        | 원       |
|                             | [ ] 안면형(Facial Mask)  |      |                           |          |         |

|         |                       |         |                         |
|---------|-----------------------|---------|-------------------------|
| ⑪ 수령 계좌 | 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ]    | 금융기관명:  | 계좌번호:                   |
|         | 양압기 대여업소 계좌 [ ]       | 예금주 성명: | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호: |
|         | 진료받은 사람의 요양비등수급계좌 [ ] |         |                         |

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑫ 청구인([ ]진료받은 사람, [ ]가족, [ ]대여업소(대표자))

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

(뒤쪽)

|      |                                                                                                                                                                                                                             |           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 양압기 처방전(해당 검사결과지, 사용기록지 등 포함) 1부.<br>2. ① 양압기 대여를 증명할 수 있는 서류 1부, ② 세금계산서 1부, ③ 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 등 1부.<br>3. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

#### 작성방법

- ①: 진료받은 사람의 성명과 주민(외국인)등록번호, 연락처를 적습니다.
- ②: 요양기관 명칭과 요양기관 기호를 적습니다.
- ③: 상병명(주된 상병)을 정확히 적습니다.
- ④: 해당 구분에 [√]표시를 합니다.
- ⑤: 의사가 처방전을 발행한 날을 연.월.일로 적습니다.
- ⑥: 다음 사항을 참고하여 청구기간을 적습니다.
- 의사의 처방전에 따라 양압기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
  - 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
  - 전(前) 달에 이어 양압기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.
- (예시: 2018년 2월 21일부터 8월 31일까지 계약인 경우 → 1차 청구: 2018. 2. 21. ~ 2018. 2. 28., 2차 청구: 2018. 3. 1. ~ 2018. 3. 31., ... 마지막 청구 시 : 2018. 8. 1. ~ 2018. 8. 20.)
- ⑦: 양압기의 대여업소 명칭, 사업자등록번호, 대표자, 해당 업소에서 대여한 양압기의 모델명 및 관리번호를 각 칸에 적습니다.  
<관리번호 예시: a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u → (a~f: 제조년·월 6자리, g~u: 기기 시리얼번호 15자리 이내)
- ⑧: 진료받은 사람의 가족 또는 대여업소에서 청구하는 경우에 작성하며, 가족·대여업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑨: 양압기 대여업소와 계약한 해당 제품종류에 [√]표시를 하고 월 계약금액(급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액)을 적습니다
- ⑩: 양압기의 소모품(마스크)종류 중 해당 구분에 [√] 표시하고 급여 기준금액, 세금계산서상 합계금액, 본인부담금, 급여 청구금액을 적습니다.
- ⑪: 요양비를 수령 받을 계좌 종류를 선택하고 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민등록번호, 외국인등록번호 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.  
※ 예금주는 다음에 해당하여야 합니다.
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족
  - 양압기 대여업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 진료받은 사람의 가족이 양압기 대여업소에 요양비를 직접 청구하도록 위임하는 경우에는 해당 업소
  - 진료받은 사람의 요양비등수급계좌 : 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 진료받은 사람 본인만 해당
- ※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다. <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금
- ⑫: 청구인은 진료를 받은 사람, 대리인, 대여업소 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 대여업소는 진료받은 사람 또는 진료받은 사람의 가족의 위임을 받은 업소여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

#### 주의사항

- ① 국민건강보험공단은 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제49조제3항)
- ② 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대하여 그 보험급여의 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

요양비 청구 위임(신규·변경·해지) 신청서

※ 급여제한자는 위임신청 처리가 되지 않으며, 급여제한 해제 후 재신청 바랍니다.

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞 쪽)

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ① 구분                                                                                                                     | [ ]신규 [ ]변경 [ ]해지                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |
| ② 진료 받은 사람                                                                                                               | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 주민(외국인)등록번호         |
|                                                                                                                          | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |
| ③ 위임하는 사람                                                                                                                | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 주민(외국인)등록번호         |
|                                                                                                                          | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 진료받은 사람과의 관계        |
| ※ 위임하는 사람은 진료받은 사람 본인, 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 되어있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매, 직계비속의 배우자 또는 법정대리인(진료를 받을 사람이 제한능력자인 경우)입니다. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
| ④ 위임사항 및 지급내역 수신용 휴대전화 번호(SMS 등 수신용) :<br>※ 위임처리결과 및 지급내역을 전송받을 연락처로 정확히 기재하여 주시기 바랍니다.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
| ⑤ 위임받는 자 (준요양기관)                                                                                                         | 상호(대표자 성명)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 사업자등록번호(대표자 주민등록번호) |
|                                                                                                                          | 전화번호 (휴대전화번호)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 금융기관명               |
|                                                                                                                          | 예금주 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 계좌번호                |
| ⑥ 위임내용<br>요양비 종류<br>[✓]표시<br>중복 가능                                                                                       | 1) [ ] 자동복막투석 소모성 재료 [ ] 복막관류액<br>2) [ ] 가정용 산소발생기 [ ] 휴대용 산소발생기<br>3) [ ] 연속혈당측정용 전극(센서) [ ] 인슐린펌프용 주사기·주사바늘<br>[ ] 당뇨병 소모성 재료(혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린 주사기·주사바늘)<br>4) [ ] 자가도뇨 소모성 재료<br>5) [ ] 인공호흡기 및 기본소모품 [ ] 선택소모품<br>6) [ ] 기침유발기<br>7) [ ] 양압기 및 소모품<br>8) [ ] 연속혈당측정기 [ ] 인슐린자동주입기<br>9) [ ] 출산비 |                     |
| ⑦ 위임 기간                                                                                                                  | 년 월 일부터 년 월 일 까지 (최장 2년)                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |

「국민건강보험법」 제49조제3항 및 같은 법 시행규칙 제23조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급청구 및 수령과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|      |                                                                                                                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 첨부서류 | 1. 위임하는 사람 및 위임받는 자의 신분증 사본 각 1부.<br>(위임받는 자가 준요양기관인 경우 대표자 또는 담당자 신분증 사본 제출)<br>2. 사업자등록증 사본 1부.(위임받는 자가 준요양기관인 경우) |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 작성방법 및 유의사항

- ① : 해당 구분에 [✓] 표시를 합니다.
- 신규 : 최초신청 또는 갱신신청할 경우 표시합니다. 위임받는 자가 이전과 동일하더라도 요양비 종류가 추가되는 경우 신규신청에 해당합니다.
  - 변경 : 위임받는 자, 위임기간, 지급계좌 등 위임내용이 변경될 경우 변경될 내용을 기재하여 신청합니다. 변경신청 시 종전의 위임이력은 별도의 해지신청 없이 자동해지되며, 위임기간은 2년의 범위에서 변경 가능합니다.
  - 해지 : 위임을 철회하는 경우 표시합니다.
- ② : 진료받은 사람의 성명과 주민(외국인)등록번호, 전화번호를 기재합니다.
- ③ : 위임하는 사람의 성명과 주민(외국인)등록번호, 전화번호, 진료받은 사람과의 관계를 기재합니다.
- ④ : 위임처리결과, 요양비 지급내역 등을 SMS 등으로 받을 휴대전화번호를 정확히 기재하시기 바랍니다.
- ⑤ : 위임받는 자의 상호(대표자 성명), 사업자등록번호(대표자 주민등록번호), 전화번호, 금융기관명, 예금주 성명, 계좌번호를 정확히 적습니다.
- 전화번호는 담당자(또는 대표자)와 연락 가능한 번호를 기재합니다.(대표 전화번호 또는 고객센터 번호는 적지 않습니다)
  - 금융기관명, 예금주 성명, 계좌번호는 요양비가 실제 입금될 정보이므로 정확히 기재합니다.
  - 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
- <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ⑥ : 위임할 요양비 종류에 [✓]표시를 합니다.
- 중복되는 위임사항에 [✓]표시 가능합니다.
- <예시: [[✓]당뇨병 소모성 재료 + [✓]연속혈당측정용 전극 + [✓]연속혈당측정기],  
 [[✓]가정용 산소발생기 + [✓]휴대용 산소발생기] 등>
- ⑦ : 위임할 기간을 기재합니다. 위임 기간은 최장 2년간 가능하며 2년 만료 후에는 자동 해지 되므로 계속 위임하고자 할 경우에는 신규신청을 하셔야 합니다.

보조기기 급여 지급청구서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (제1쪽)

|                                                                                                                                                      |                                         |     |                              |         |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|------------------------------|---------|------------------------|
| 접수번호                                                                                                                                                 |                                         | 접수일 |                              | 처리기간 7일 |                        |
| 본인부담액<br>경감 대상자                                                                                                                                      | [ ] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당하는 사람 |     |                              |         |                        |
|                                                                                                                                                      | [ ] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당하는 사람 |     |                              |         |                        |
| ① 급여를 받을 사람                                                                                                                                          | 성명                                      |     | 주민(외국인)등록번호                  |         |                        |
|                                                                                                                                                      | 자택 전화번호                                 |     | 휴대전화 번호                      |         |                        |
|                                                                                                                                                      | 장애명                                     |     | 장애 정도 [ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애  |         |                        |
| ② 보조기기                                                                                                                                               | 명칭                                      |     | 코드                           |         |                        |
|                                                                                                                                                      | 구입일                                     |     |                              |         |                        |
| ③ 제품정보                                                                                                                                               | 모델명                                     |     | 제조(수입)업소명                    |         | 제조일                    |
|                                                                                                                                                      | 제품제조번호                                  |     | 표준코드                         |         |                        |
| ④ 급여를 받을 사람<br>외 청구인                                                                                                                                 | 가족                                      | 성명  |                              | 주민등록번호  | 급여를 받을 사람과의 관계         |
|                                                                                                                                                      |                                         | 연락처 | (자택)                         |         | (휴대전화)                 |
|                                                                                                                                                      | 판매업자                                    | 상호  |                              | 사업자등록번호 | 대표자                    |
|                                                                                                                                                      |                                         | 연락처 | (업소)                         |         | (휴대전화)                 |
| ※ 급여를 받을 사람 본인이 아닌 가족 또는 보조기기 판매업소에서 청구하는 경우에 기재하며, 보조기기 급여를 청구할 수 있는 가족은 급여를 받을 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다. |                                         |     |                              |         |                        |
| ⑤ 구입처                                                                                                                                                | 상호                                      |     | 대표자                          |         |                        |
|                                                                                                                                                      | 사업자등록번호                                 |     | 전화번호                         |         |                        |
|                                                                                                                                                      | 주소(미등록 업소만 기록합니다)                       |     |                              |         |                        |
| ⑥ 기준액                                                                                                                                                | ⑦ 고시금액                                  |     | ⑧ 실구입금액(⑨+⑩)<br>(세금계산서 합계금액) | ⑨ 본인부담액 | ⑩ 청구금액                 |
| 원                                                                                                                                                    | 원                                       |     | 원                            | 원       | 원                      |
| 원                                                                                                                                                    | 원                                       |     | 원                            | 원       | 원                      |
| 원                                                                                                                                                    | 원                                       |     | 원                            | 원       | 원                      |
| 원                                                                                                                                                    | 원                                       |     | 원                            | 원       | 원                      |
| ⑪ 수령<br>계좌                                                                                                                                           | [ ] 가입자 또는 피부양자 계좌                      |     | 금융기관명                        |         | 계좌번호                   |
|                                                                                                                                                      | [ ] 보조기기 판매업소 계좌                        |     | 예금주                          |         | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 |
|                                                                                                                                                      | [ ] 진료받은 사람 본인의 요양비등 수급계좌<br>(압류방지 계좌)  |     |                              |         |                        |

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제2항 및 제4항에 따라 위와 같이 보조기기 급여의 지급을 청구합니다.

⑫ 청구인 ([ ]급여를 받을 사람, [ ]가족, [ ]보조기기 판매업소(대표자)) (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 위 보조기기 급여의 지급 관련 정보(급여 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 「사회보장기본법」 제37조에 따라 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받을 사람 (서명 또는 인)

1. 보조기기 품목별로 다음 각 목의 서류를 제출합니다.

| 보조기기 품목                                                                                                                                                          | 첨부서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 활동형 수동휠체어</li> <li>■ 틸팅형 수동휠체어</li> <li>■ 리클라이닝형 수동휠체어</li> <li>■ 전동휠체어</li> <li>■ 전동스쿠터</li> <li>■ 이동식전동리프트</li> </ul> | <p>가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서 1부</p> <p>나. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부</p> <p>다. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험 급여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부</p>                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 자세보조용구</li> </ul>                                                                                                       | <p>가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서 1부</p> <p>나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서 1부</p> <p>다. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부</p> <p>라. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험 급여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부</p>                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지팡이</li> <li>■ 목발</li> <li>■ 힌지팡이</li> <li>■ 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지</li> </ul>                                               | <p>가. 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서 1부</p> <p>나. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부</p> <p>다. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험 급여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 일반형 수동휠체어</li> <li>■ 욕창예방방석</li> <li>■ 욕창예방매트리스</li> <li>■ 전·후방보행차</li> <li>■ 돋보기</li> <li>■ 망원경</li> </ul>             | <p>가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식, 별지 제22호의2서식, 별지 제22호의4서식에 따른 보조기기 처방전 및 해당 검사 관련 서류 각 1부</p> <p>나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서 1부</p> <p>다. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부</p> <p>라. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험 급여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부</p>                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 그 밖의 보조기기</li> </ul>                                                                                                    | <p>가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식 및 별지 제22호의2서식부터 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전 및 해당 검사 관련 서류 각 1부</p> <p>나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서 1부</p> <p>다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서 1부</p> <p>※ 다만, 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지의 경우에는 공단에 등록하지 않은 보조기기 판매업소에서 발행한 세금계산서를 제출해도 급여를 지급합니다.</p> <p>라. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부</p> <p>마. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험 급여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부</p> |

첨부서류

2. 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 자세보조용구, 수동휠체어, 보청기, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행차에 대하여 보험급여를 받으려는 경우에는 제1호의 서류와 함께 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진 1장을 제출합니다.

3. 보조기기 판매업자가 급여를 받을 사람 본인 또는 급여를 받을 사람의 가족으로부터 위임을 받아 급여를 직접 청구하는 경우에는 제1호 및 제2호의 서류 중 해당하는 서류와 함께 보조기기의 판매업자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람임을 증명하는 서류 1부를 제출합니다. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 업소에서 구입한 경우, 지팡이·목발 또는 힌지팡이를 구입한 경우 및 보조기기를 제조·수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우에는 제외합니다.

가. 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제조·수리업자

나. 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자

다. 「의료기기법」에 따라 신고한 전동휠체어·전동스쿠터용 전지(電池)의 수리업자

4. 보조기기 급여비의 수령계좌가 진료받은 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌)인 경우에는 행복지킴이 통장 사본(계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다) 1부를 제출합니다.

## 유의사항

- ① 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 보행차의 경우에는 공단에 등록된 품목에 대해서만 보험급여를 실시하며, 의지·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 보행차의 경우에는 공단에 등록된 업소에서 구입했을 때에만 보험급여를 실시하므로 보조기기 구입 전 공단 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ② 국민건강보험공단은 보조기기 보험급여 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제51조제2항)
- ③ 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·보조기기 판매업자에 대하여 그 보험급여에 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)

## 작성방법

- ① 급여를 받을 사람: 급여를 받을 사람의 해당사항을 적습니다.
- ② 보조기기: 구입한 보조기기의 명칭과 보조기기를 구입한 연월일을 적습니다.
- ③ 제품정보: 구입한 보조기기의 모델명, 제조(수입)업소명, 제조 연월일, 제품제조번호 및 표준코드를 적습니다.  
※ 제품제조번호와 표준코드는 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 자세보조용구, 수동휠체어, 보청기, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 보행차를 구입한 경우에만 적습니다.
- ④ 급여를 받을 사람 외 청구인: 급여를 받을 사람의 가족 또는 판매업자가 청구하는 경우에 작성하며, 가족·판매업소 정보 및 연락처를 적습니다.  
\* 가족의 범위: 급여를 받을 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ⑤ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자 성명, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
- ⑥ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제2호의 보조기기의 유형 및 구분 항목별 기준액을 적습니다. 다만, 보청기의 경우 후기적합관리비용을 제외한 금액을 적습니다.  
(예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다)
- ⑦ 고시금액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 고시한 금액을 적습니다.
- ⑧ 실구입금액: 구입한 보조기기의 실제 구입금액(세금계산서상 합계금액)을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입금액을 적습니다.
- ⑨ 본인부담액: 실구입금액이 기준액보다 적은 경우에는 기준액·고시금액·실구입금액 중 가장 낮은 금액의 10%에 해당하는 금액을 적고, 실구입금액이 기준액보다 많은 경우에는 기준액·고시금액·실구입금액 중 가장 낮은 금액의 10%에 해당하는 금액과 실구입금액과 기준액의 차액(실구입금액이 고시금액보다 많은 경우에는 고시금액과 기준액의 차액을 말합니다)을 합산한 금액을 적습니다. 다만, 자세보조용구는 실구입금액을 적습니다.
- ⑩ 청구금액: ⑥, ⑦ 및 ⑧ 중 가장 낮은 금액의 90%에 해당하는 금액을 적습니다. 다만, 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호 라목1)·2)에 해당하는 경감 대상자는 가장 낮은 금액의 100%에 해당하는 금액을 적습니다.  
<예시 1> 전동휠체어(기준액 2,090,000원, 고시금액 2,500,000원)를 2,000,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란과 ⑨ 청구금액란에 기준액·고시금액·실구입금액 중 가장 낮은 금액인 2,000,000원의 10%인 200,000원을 각각 적습니다.  
<예시 2> 전동스쿠터(기준액 1,670,000원, 고시금액 2,000,000원)를 2,000,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란에는 기준액·고시금액·실구입금액 중 가장 낮은 금액인 167,000원의 10%인 167,000원과 실구입금액과 기준액의 차액인 330,000원을 합산한 금액인 497,000원을 적고, ⑨ 청구금액란에는 가장 낮은 금액인 1,670,000원의 90%인 1,503,000원을 적습니다.  
<예시 3> 개인용 음성증폭기(기준액 500,000원)를 550,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란에는 기준액·고시금액·실구입금액 중 가장 낮은 금액인 500,000원의 10%인 50,000원과 실구입금액과 기준액의 차액인 50,000원을 합산한 금액인 100,000원을 적고, ⑨ 청구금액란에는 가장 낮은 금액인 500,000원의 90%인 450,000원을 적습니다.
- ⑪ 수령계좌: 보조기기 급여비를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명, 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.  
※ 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.  
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가족  
- 보조기기 판매업소 계좌: 급여를 받을 사람 본인이나 급여를 받을 사람의 가족이 보조기기 판매업자에 급여를 직접 청구하도록 위임하는 경우에는 해당 업소  
- 진료받은 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌): 진료받은 사람  
※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.  
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
- ⑫ 청구인은 급여를 받을 사람, 대리인, 보조기기 판매업소 중 해당 부분에 "✓" 표시합니다. 보조기기 판매업자는 가입자 및 피부양자의 위임을 받아야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인이 진료 받은 사람으로서 제한능력자인 경우에는 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

## 보조기기 급여 청구 위임(신규·변경·해지) 신청서

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

(앞쪽)

|                                                                                                                              |                         |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| ① 구분                                                                                                                         | [ ] 신규 [ ] 변경 [ ] 해지    |                     |
| ② 급여를<br>받을 사람                                                                                                               | 성명                      | 주민(외국인)등록번호         |
|                                                                                                                              | 전화번호                    |                     |
| ③ 위임하는<br>사람                                                                                                                 | 성명                      | 주민(외국인)등록번호         |
|                                                                                                                              | 전화번호                    | 급여를 받을 사람과의 관계      |
| ※ 위임하는 사람은 급여를 받을 사람 본인, 급여를 받을 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 되어있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매, 직계비속의 배우자 또는 법정대리인(진료를 받을 사람이 제한능력자인 경우)입니다. |                         |                     |
| ④ 위임사항 및 지급내역 수신용 휴대전화 번호(SMS 등 수신용) :                                                                                       |                         |                     |
| ※ 위임처리결과 및 지급내역을 전송받을 연락처로 정확히 기재하여 주시기 바랍니다.                                                                                |                         |                     |
| ⑤ 위임받는 자<br>(보조기기 판매업자)                                                                                                      | 상호(대표자 성명)              | 사업자등록번호(대표자 주민등록번호) |
|                                                                                                                              | 전화번호<br>(휴대전화번호)        | 금융기관명               |
|                                                                                                                              | 예금주 성명                  | 계좌번호                |
| ⑥ 위임내용                                                                                                                       | 보조기기 품목명                |                     |
| ⑦ 위임 기간                                                                                                                      | 년 월 일부터 년 월 일까지 (최장 2년) |                     |

「국민건강보험법」 제51조제2항 및 같은 법 시행규칙 제26조의2제1항에 따라 위와 같이 보조기기 급여비 지급청구 및 수령과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|             |                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 첨부서류        | 1. 위임하는 사람 및 위임받는 자의 신분증 사본 각 1부.<br>(위임받는 자가 보조기기 판매업자인 경우 업소 대표자 또는 담당자 신분증 사본 제출)<br>2. 사업자등록증 사본 1부.<br>3. 위임받는 자의 통장 사본 1부. |
| 작성방법 및 유의사항 |                                                                                                                                  |

- ① 구분: 신규, 변경, 철회 중 해당되는 곳에 에 "√"표시를 합니다.
  - \* 신규 : 최초신청 또는 갱신신청할 경우 표시합니다. 위임받는 자가 이전과 동일하더라도 보조기기 품목이 추가되는 경우 신규신청에 해당합니다.
  - \* 변경 : 위임받는 자, 위임기간, 지급계좌 등 위임내용이 변경될 경우 변경될 내용을 기재하여 신청합니다. 변경신청 시 종전의 위임이력은 별도의 해지신청 없이 자동해지 되며, 위임기간은 2년의 범위에서 변경 가능합니다.
  - \* 해지 : 위임을 철회하는 경우 표시합니다.
- ② 급여를 받을 사람: 급여를 받을 사람의 성명과 주민(외국인)등록번호, 전화번호를 적습니다.
- ③ 위임하는 사람: 위임하는 사람의 성명과 주민(외국인)등록번호, 전화번호, 급여를 받을 사람과의 관계를 적습니다.
- ④ 위임사항 및 지급내역 수신용 핸드폰번호: 위임처리결과, 보조기기 급여 지급내역, 부정수급 방지안내 등 안내사항을 발송(SMS 등)할 휴대전화 번호이므로 정확히 기재바랍니다.
- ⑤ 위임받는 자: 보조기기 판매업소의 상호, 사업자등록번호(또는 대표자 주민등록번호), 전화번호, 금융기관명, 예금주 성명, 계좌번호를 정확히 적습니다.
  - \* 전화번호는 실제로 담당자와 연락 가능한 번호를 작성합니다.(대표전화번호 또는 고객센터 번호는 적지 않습니다)
  - \* 금융기관명, 예금주 성명, 계좌번호는 기타업소인 경우에만 적습니다.  
(별표7 제1호다목에 따라 등록된 업소인 경우, 업소 등록 신청시 등록된 계좌로만 지급됩니다.)
  - \* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.  
〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉
- ⑥ 위임내용: 급여 청구를 위임할 보조기기 품목명을 작성합니다.
- ⑦ 위임기간: 위임할 기간을 기재합니다. 위임 기간은 **최장 2년간** 가능하며 2년 만료 후에는 자동해지 되므로 계속 위임하고자 할 경우에는 신규신청을 하셔야 합니다.

보조기기(개인용 음성 증폭기 · 보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

|           |                |             |                            |  |
|-----------|----------------|-------------|----------------------------|--|
| ① 진료받은 사람 | 성명             | 주민(외국인)등록번호 |                            |  |
|           | 집 전화번호         | 휴대전화번호      |                            |  |
| ② 장애 구분   | 장애유형(주장애)      | 장애          | [ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |  |
|           | 중복장애유형(부장애)    | 정도          | [ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |  |
| ③ 처방 보조기기 | [ ] 개인용 음성 증폭기 |             |                            |  |
|           | [ ] 보청기        | [ ] 우       | [ ] 좌                      |  |

|                                                           |                                                                                                                      |                                |                                                                                                 |      |        |        |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------|
| ④ 확인사항                                                    | 구분                                                                                                                   |                                | 해당 여부                                                                                           |      |        |        |
|                                                           | 개인용 음성 증폭기                                                                                                           |                                | 후두 전적출술 여부                                                                                      |      |        |        |
|                                                           |                                                                                                                      |                                | [ ]                                                                                             |      |        |        |
|                                                           | 보청기                                                                                                                  | 보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.  |                                                                                                 | [ ]  |        |        |
|                                                           |                                                                                                                      | 고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다. |                                                                                                 | 우[ ] | 좌[ ]   |        |
|                                                           |                                                                                                                      | 검사 결과                          | 평균 순음청력역치<br>※ 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다. |      | 우[ ]dB | 좌[ ]dB |
|                                                           |                                                                                                                      |                                | 말소리 명료도(%)                                                                                      |      | 우[ ]%  | 좌[ ]%  |
| ※ 처방전 발행일 6개월 이내에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다. |                                                                                                                      |                                |                                                                                                 |      |        |        |
| 양측 대상 여부                                                  | 18세 이하로 양측 급여 대상자에 해당된다.<br>※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하<br>※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하 |                                | [ ]                                                                                             |      |        |        |

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호)

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호

보조기기 급여 사전 승인 신청서

※ 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트 품목 신청에 한정하며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

|                                                                                            |                       |       |                                     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------------------------------------|----|
| 접수번호                                                                                       | 접수일                   |       | 처리기간                                | 7일 |
| 급여를 받을 사람                                                                                  | 주민(외국인)등록번호           | 주소    |                                     |    |
|                                                                                            | 성명                    | 장애 유형 | 장애 정도<br>[ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |    |
| 신청 보조기기명                                                                                   |                       |       |                                     |    |
| 입원(입소) 현황                                                                                  | [ ] 요양기관 입원 (입원일: )   |       |                                     |    |
|                                                                                            | [ ] 장기요양시설 입소 (입소일: ) |       |                                     |    |
| ※ 현재 요양기관 또는 장기요양시설에 입원(입소) 중인 경우에는 해당 기관 또는 시설에서 보조기기를 제공하는 등 경우에 따라 보조기기 급여가 제한될 수 있습니다. |                       |       |                                     |    |

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제3항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

신청인  
급여를 받을 사람과의 관계  
전화번호

년 월 일  
(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|               |                                                                        |                     |   |                    |   |                              |   |                                       |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|---|--------------------|---|------------------------------|---|---------------------------------------|
| 첨부서류          | 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식 및 별지 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전 1부 |                     |   | 수수료 없음             |   |                              |   |                                       |
| 처리 절차         |                                                                        |                     |   |                    |   |                              |   |                                       |
| 신청서 작성<br>신청인 | →                                                                      | 접수 및 확인<br>국민건강보험공단 | → | 신청서 처리<br>국민건강보험공단 | → | 급여 대상 여부 결정 및 통보<br>국민건강보험공단 | → | 결정통보서 수령 (보조기기 구입 후 급여비 지급 신청)<br>신청인 |

보조기기 급여 대상 여부 결정통보서

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제4항에 따라 아래와 같이 결정 통보합니다.

국민건강보험공단 이사장 (인)

년 월 일

|                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| 보조기기 품목           |                                      |
| 결정사항              | 1. 급여 대상에 해당함      2. 급여 대상에 해당하지 않음 |
| 급여 대상에 해당하지 않는 사유 |                                      |

## 신 · 구조문대비표

| 현행                                                                                                                                                                                         | 개정안                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제23조(요양비) ① (생략)                                                                                                                                                                           | 제23조(요양비) ① (현행과 같음)                                                                                                               |
| ② 법 제49조제1항에서 “ <u>보건복지부령으로 정하는 기관</u> ”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.                                                                                                                    | ② ----- <u>보건복지부령으로 정하는 기관(이하 “<u>준요양기관</u>”이라 한다)</u> -----<br>-----<br>-----.                                                    |
| 1. ~ 7. (생략)                                                                                                                                                                               | 1. ~ 7. (현행과 같음)                                                                                                                   |
| ③ 가입자나 피부양자가 법 제49조제1항에 따른 요양비를 지급받으려면 다음 각 호의 서류를 <u>공단에 제출해야 한다</u> . 다만, 제1항 제3호·제6호 및 제7호에 해당하여 요양비를 지급받은 사람이 같은 종류의 요양비를 지급받으려는 경우로서 이미 제출한 처방전의 처방기간이 지나지 않은 경우에는 처방전을 제출하지 않을 수 있다. | ③ -----<br>-----<br>-----<br>----- <u>제출하여 공단에 청구해야 한다</u> . -----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----. |
| 1. (생략)                                                                                                                                                                                    | 1. (현행과 같음)                                                                                                                        |
| 2. 제1항제2호 또는 제5호에 해당하는 경우에는 별지 제18호서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류                                                                                                                               | 2. -----<br>-----<br>-----                                                                                                         |
| 가. (생략)                                                                                                                                                                                    | 가. (현행과 같음)                                                                                                                        |
| 나. <u>세금계산서, 현금영수증 등</u>                                                                                                                                                                   | 나. <u>세금계산서 및 현금영수</u>                                                                                                             |

| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</p> <p>3. 제1항제3호에 해당하는 경우에는 별지 제19호서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류</p> <p>가.·나. (생략)</p> <p>다. <u>세금계산서, 현금영수증</u> 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</p> <p>4. 제1항제4호에 해당하는 경우에는 별지 제19호의2서식 또는 별지 제19호의3서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류</p> <p>가. (생략)</p> <p>나. <u>세금계산서, 현금영수증</u> 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</p> <p>5. 제1항제6호에 해당하는 경우에는 별지 제19호의4서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류</p> <p>가.·나. (생략)</p> <p>다. <u>세금계산서, 현금영수증</u> 등</p> | <p><u>증</u>-----<br/>-----<br/>-----</p> <p>3. -----<br/>-----<br/>-----<br/>-</p> <p>가.·나. (현행과 같음)</p> <p>다. <u>세금계산서 및 현금영수증</u><br/>-----<br/>-----<br/>-----</p> <p>4. -----<br/>-----<br/>-----<br/>-----<br/>-</p> <p>가. (현행과 같음)</p> <p>나. <u>세금계산서 및 현금영수증</u><br/>-----<br/>-----<br/>-----</p> <p>5. -----<br/>-----<br/>-----<br/>-----</p> <p>가.·나. (현행과 같음)</p> <p>다. <u>세금계산서 및 현금영수증</u></p> |

| 현행                                                                                                                                           | 개정안                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부                                                                                                       | -----<br>-----<br>-----                                                                                         |
| 6. 제1항제7호에 해당하는 경우에는 별지 제19호의5서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류<br>가.·나. (생략)<br>다. <u>세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</u>     | 6. -----<br>-----<br>-----<br>-----<br><br>가.·나. (현행과 같음)<br>다. <u>세금계산서 및 현금영수증</u><br>-----<br>-----<br>----- |
| 7. (생략)<br>④·⑤ (생략)<br>⑥ 공단은 제3항에 따라 요양비 지급을 청구하는 사람이 제2항 제2호부터 제7호까지의 규정에 따른 판매자 또는 기관에 요양비를 지급할 것을 신청한 경우에는 그 판매자 또는 기관에 요양비를 직접 지급할 수 있다. | 7. (현행과 같음)<br>④·⑤ (현행과 같음)<br><u>&lt;삭 제&gt;</u>                                                               |
| ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 요양비의 지급 기준, 절차, 방법, 의약품판매업소 등의 등록기준, 등록절차, 등록취소, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.                                   | ⑥ ----- 제5항-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>--.                                   |

| 현행                                                                                                                                                                                                                            | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>&lt;신 설&gt;</u></p> <p>제26조(장애인 보조기기에 대한 보험급여기준 등) ① 법 제51조 제2항에 따른 보조기기(소모품을 포함하며, 이하 “보조기기”라 한다)에 대한 보험급여의 범위 및 공단의 부담금액 등은 별표 7과 같다.</p> <p>② 보조기기[활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어(등받이 및 좌석 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 리클라이닝형 수동휠체</p> | <p>제23조의2(준요양기관의 요양비 청구) ① 준요양기관은 법 제49조제3항에 따라 공단에 요양비 지급을 직접 청구할 수 있으며, 이 경우 제23조제3항 각 호의 서류와 별지 제19호의6서식의 요양비 청구 위임신청서를 제출해야 한다.</p> <p>② 공단은 준요양기관이 제1항에 따라 요양비 지급을 청구한 경우, 사실관계 확인, 위임신청서 및 중복수급 신청여부 등 요양비 청구의 적정성을 심사해야 하며, 요양비 지급이 적정하지 않은 것으로 판단한 때에는 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있다.</p> <p>제26조(장애인 보조기기에 대한 보험급여기준 등) ① -- 제51조제3항-----<br/>-----<br/>-----<br/>-----<br/>-----.</p> <p>② 보조기기-----<br/>----- 보조기기 급여 지급청구서-----<br/>----- . &lt;단서 삭제&gt;</p> |

| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 개정안                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <u>어(등반이 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이 동식전동리프트는 제외한다]</u>에 대한 보험급여를 받으려는 사람은 별지 제21호서식의 <u>보조기기 급여비 지급청구서</u>에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 공단에 제출해야 한다. 다만, <u>지팡이·목발·휠지팡이 또는 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지로 한정한다)</u>에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제1호의 서류를 첨부하지 않고, 일반형 수동휠체어, 욕창 예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행차, 돋보기 및 망원경에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제1호의 서류 중 별지 제23호의 서식을 첨부하지 않는다. </p> <p> 1. 「의료법」 제77조제4항 및 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문과목 중 보조기기 유형별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 과목의 전문의가 발한 별지 제22호서식 및 별지 </p> | <p>1. -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |

| 현행                                                                                                              | 개정안                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전과 <u>해당 검사 관련 서류 및 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서</u> 각 1부.<br><u>&lt;단서 신설&gt;</u> | -----<br>-----<br>----- <u>해당 검사 관련 서류</u> 각 1부. 다만, <u>지팡이, 목발, 흰지팡이 및 전동휠체어·전동스쿠터용 전지에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제외한다.</u>                                                                                                                          |
| <u>&lt;신설&gt;</u>                                                                                               | 2. <u>별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서</u> 1부. 다만, 제1호 단서의 보조기기와 일반형 수동휠체어, 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어(등받이 및 좌석 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 리클라이닝형 수동휠체어(등받이 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행차, 돋보기 및 망원경에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 제외한다. |
| 2. <u>요양기관 또는 보조기기 제조·판매자가 발행한 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류</u> 각 1                         | 3. -----<br>----- <u>세금계산서 및 현금영수증</u> -----<br>-----<br>-----                                                                                                                                                                                 |



| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 개정안                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>당한다)</u></p> <p>2. <u>별표 7 제1호나목 전단에 따른 보조기기에 대한 보험급여를 받으려는 경우에는 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진 1장</u></p> <p>3. <u>별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 업소에서 발행한 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</u></p> <p>⑤ <u>공단은 제2항 또는 제4항에 따라 보험급여의 지급을 청구하는 사람이 보조기기의 제조·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 그 제조·판매자에게 해당 보조기기에 대한 급여비를 직접 지급할 수 있다. 이 경우 보험급여의 지급을 청구하는 사람은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 해당 보조기기의 제조·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지(義肢)·보조기 제조·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자[보조기기 소모품 중</u></p> | <p><u>&lt;삭 제&gt;</u></p> <p><u>&lt;삭 제&gt;</u></p> <p><u>&lt;삭 제&gt;</u></p> |

| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다</u>]임을 증명하는 서류를 제2항 각 호 또는 제4항 각 호의 서류와 함께 제출해야 한다.</p> <p>1.~ 3. (생략)</p> <p>⑥ 공단은 제2항, 제4항 및 제5항에 따른 지급청구를 받으면 장애인의 보조기기 구입 여부를 지체 없이 확인한 후 <u>지급청구를 한 사람 또는 보조기기의 제조·판매자에게 제1항에 따른 공단의 부담금액을 지급해야 한다.</u></p> <p>⑦ (생략)</p> <p><u>&lt;신설&gt;</u></p> | <p>⑤ ----- <u>제2항 및 제4항</u>-----<br/>-----<br/>-----<br/>----- <u>지급 청구</u><br/><u>를 한 사람</u>-----<br/>-----<br/>-----.</p> <p>⑥ (현행 제7항과 같음)</p> <p><u>제26조의2(보조기기 판매업자의 보험급여 청구) ① 보조기기 판매업자는 법 제51조제2항에 따라 공단에 보조기기 보험급여를 직접 청구할 수 있으며, 이 경우 제26조제2항 및 제4항의 서류에 다음 각 호의 서류를 추가로 첨부하여 공단에 제출해야 한다.</u></p> <p>1. 별지 제21호의2서식의 보조기기 급여비 청구 위임 신청서</p> |

| 현행 | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>2. 「장애인복지법」에 따라<br/> <u>개설된 의지(義肢)·보조기<br/> 제조·수리업자이거나 「의료<br/> 기기법」에 따라 허가받은 수<br/> 입·제조·판매업자[보조기기<br/> 소모품 중 전동휠체어 및 전<br/> 동스쿠터용 전지(電池)의 경<br/> 우에는 「의료기기법」에 따<br/> 라 신고한 수리업자를 말한<br/> 다]임을 증명할 수 있는 서<br/> 류. 다만, 다음 각 목 중 어느<br/> 하나에 해당하는 경우에는 제<br/> 외한다.</u></p> <p>가. <u>별표 7 제1호다목에 따라<br/> 공단에 등록한 보조기기 업<br/> 소에서 구입한 경우</u></p> <p>나. <u>지팡이, 목발 또는 휠지팡<br/> 이를 구입한 경우</u></p> <p>다. <u>보조기기를 제조 또는 수<br/> 입한 업소에서 해당 보조기<br/> 기의 소모품 중 전동휠체어<br/> 및 전동스쿠터용 전지를 구<br/> 입한 경우</u></p> <p>② <u>제1항에도 불구하고, 제26<br/> 조제3항에 따른 보조기기 급여<br/> 사전 승인은 가입자 및 피부양<br/> 자만이 신청할 수 있다.</u></p> <p>③ <u>공단은 제1항에 따라 보조</u></p> |

| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                      | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>제58조(서류의 보존) ① 요양기관이 법 제96조의2제1항에 따라 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. ~ 4. (생략)</p> <p>② 법 제96조의2제1항 단서에서 “약국 등 보건복지부령으로 정하는 요양기관”이란 약국 및 한국희귀·필수의약품센터를 말한다.</p> <p>③ 사용자가 법 제96조의2제2항에 따라 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1.·2. (생략)</p> <p><u>&lt;신설&gt;</u></p> | <p><u>기기 판매업자가 서류를 제출한 경우, 사실관계 확인 및 중복수급 신청여부 등 급여 청구의 적정성을 심사하여야 하며, 급여 지급이 적정하지 않은 것으로 판단할 때에는 보험급여의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있다.</u></p> <p>제58조(서류의 보존) ① -----<br/>----- 제96조의3제1항-----<br/>--- 보존해야 -----<br/>-----.</p> <p>1. ~ 4. (현행과 같음)</p> <p>② -- 제96조의3제1항 -----<br/>-----<br/>-----<br/>-----<br/>-----.</p> <p>③ ----- 제96조의3제2항----- 보존해야 -----<br/>-----.</p> <p>1.·2. (현행과 같음)</p> <p>④ 법 제49조제3항에 따라 요양비를 청구한 준요양기관이 법 제96조의3제3항에 따라 보존해야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. 처방전, 요양을 받았음을 증</p> |

| 현행                        | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>&lt;신 설&gt;</u></p> | <p><u>명하는 서류, 세금계산서, 현금영수증 등 요양비 청구에 관한 서류</u></p> <p><u>2. 제1호의 서류를 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료</u></p> <p><u>⑤ 법 제51조제2항에 따라 보조기기에 대한 보험급여를 청구한 보조기기 판매업자가 법 제96조의3제4항에 따라 보존해야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.</u></p> <p><u>1. 보조기기 처방전, 보조기기 검수확인서, 세금계산서, 현금영수증 등 보조기기에 대한 보험급여 청구에 관한 서류</u></p> <p><u>2. 제1호의 서류를 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료</u></p> |