

1. 개정이유

의료급여증(종이)을 수급권자가 신청하는 경우에만 발급하도록 하고, 의료급여 대상 여부의 확인 방법·절차 등의 위임 근거 등을 명확히 하는 내용으로 「의료급여법」 개정(법률 제19297호 2023.3.28 공포, 2023.9.29. 시행)됨에 따라, 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정하는 한편, 그 밖에 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 것임

2. 주요내용

가. 의료급여증의 발급·신청 등에 관한 구체적 사항(안 제12조제1항부터 제6항)

수급권자가 의료급여증을 발급받으려면 그 발급신청서를 시군구청장에게 제출하도록 함

나. 의료급여증 대체하는 신분증명서 기준 변경(안 제14호제1호 및 2호)

본인의 주민번호와 사진이 모두 포함되어 본인 확인이 가능한 신분증명서만 의료급여증을 대체하는 신분증명서로 인정

다. 의료급여증의 반납 및 회수 규정 삭제(안 제15조)

잃어버린 의료급여증을 되찾은 경우 및 의료급여가 중지된때 등은 의료급여를 반납하도록 규정하고 있는 관련 규정을 삭제함

라. 의료급여 대상여부의 확인 방법·절차 규정(안 제23조의2)

의료급여 대상 여부의 확인을 요청하려면 관련 서식에 진료비 영수증등을 첨부하여 심사평가원에 제출하도록 하고 이를 받은 심사평가원

의업무 처리 절차를 세부적으로 규정함

마. 장애인 보조기기 기금 부담금액 변경 및 건강보험 급여기준 개정사항 반영 (안 별표 2 제1호 가목, 나목, 다목, 라목, 사목, 제2호 및 제3호 가목, 별지 제14호의5)

장애인보조기기 품질 강화, 보조기기 기준액·내구연한·보조기기 구입비용에 대한 기금 부담금액 변경 등 건강보험 급여기준 개정사항을 반영하고자 함

바. 요양비 압류방지 계좌 지급 신청 관련 서식 반영 (안 별지 제11호의2, 제11호의3, 제12호, 제12호의2, 제12호의4, 제12호의5, 제12호의6, 제12호의7)

현금으로 지급되는 요양비 등의 압류방지를 위해 요양비등수급계좌 신청방법을 요양비 지급청구 제출서류에 반영하고자 함

3. 참고사항

가. 관계법령 : 생략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 :

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항 없음

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음

- 규제 신설·폐지 등, 없음

의료급여법 시행규칙 일부개정령안

의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제12조의 제목 “(의료급여증의 발급)”을 “(의료급여증의 발급 신청 등)”으로 하고, 같은 조 제3항을 삭제하며, 같은 조 제1항, 제2항을 각각 제2항, 제3항으로 하고, 같은 조에 제1항을 각각 다음과 같이 신설한다.

- ① 수급권자는 법 제8조제1항에 따른 의료급여증을 발급받으려면 별지 제8호서식의 의료급여증 발급(신규발급·추가발급·재발급) 신청서를 시장·군수·구청장에게 제출해야 한다. 이 경우 「정보통신망이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망(이하 “정보통신망”이라 한다)을 통하여 해당 서류를 제출할 수 있다.

제12조제2항(중전의 제1항) 본문을 다음과 같이 한다.

시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신청을 받으면 지체 없이 별지 제6호서식의 의료급여증을 신청인에게 발급해야 한다.

제12조제3항(중전의 제2항) 중 “제1항에도”를 “제2항에도”로 하고, 같은 조 제4항 중 “의료급여증을 회수하고, 변경된 내용에 맞는 새로운 의료급여증을 지체 없이 발급하여야 한다”를 “제2항에도 불구하고 수급권자의 신청 없이 별지 제6호서식의 의료급여증을 발급할 수 있다”로 한다.

제14조제1호 중 “있어”를 “있고, 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함되어”로, “공무원증, 국가유공자증”을 “국가유공자증”으로, “외국인 등록증, 국가기술자격증”을 “외국인등록증”으로 하고, 같은 조 제2호 중 “있어”를 “있고, 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함되어”로 한다.

제15조를 삭제한다.

제23조의2를 다음과 같이 신설한다.

제23조의2(의료급여 대상 여부의 확인 방법·절차 등) ① 수급권자는 법 제11조의3제1항에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대한 확인을 요청하려면 별지 제11호의4서식의 의료급여 대상 여부 확인 요청서에 진료비 또는 약제비 계산서·영수증을 첨부하여 심사평가원에 제출해야 한다.

② 제1항에 따라 확인 요청을 받은 심사평가원은 요청을 받은 날부터 15일 이내에 제1항에 따른 확인 요청인(이하 이 조에서 “요청인”이라 한다)에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 법 제11조의3조제2항에 따라 과다본인부담금(의료급여기관이 요청인으로부터 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 있다는 통보를 받은 의료급여기관은 그 과다본인부담금을 요청인에게 지급할지 여부를 지체 없이 심사평가원에 알려야 한다.

④ 심사평가원은 의료급여기관이 과다본인부담금을 지급하지 않겠다

는 사실을 통보하거나 지급 여부에 대한 통보를 하지 않은 경우에는 그 사실을 공단에 알려야 한다.

⑤ 제4항에 따른 통보를 받은 공단은 지체 없이 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 이를 요청인에게 지급하고, 그 결과를 관련 의료급여기관에 알려야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여 대상 여부 확인 요청 및 처리에 필요한 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

별표 2 제1호가목 중 “자세보조용구”를 “자세보조용구 및 후방보행차”로 하고, 같은 호 나목 후단 중 “품목의 등록기준, 등록절차 및”을 “보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차를 등록하려면 보험급여 대상으로서의 적정성, 적정가격 등에 대한 평가(이하 이 표에서 “급여평가”라 한다)를 거쳐야 하며, 품목 등록의 기준·절차, 급여평가,”로, 같은 호 다목 전단 중 “욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차”를 “욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행차 및 의안(義眼)”으로 하고, 같은 호 라목1) 중 “의안(義眼)”을 “의안”으로 하며, 같은 호 사목 중 “기준액(제2호)”를 “기준액 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표5”로, “말하며, 이하 이 표에서 같다”를 “말한다”로 하고, 같은 표 제2호 중 “제2호”를 “제2호 및 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표 5”로 하며, 같은 표 제3호가목1) 및 2) 외의

부분을 다음과 같이 한다.

가. 보조기기 구입비용에 대한 기금의 부담금액은 기준액, 고시금액 (제1호 나목 후단에 따라 급여평가를 거쳐야 하는 보조기기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에 한정한다) 및 실 구입금액 중 가장 낮은 금액으로 한다.

별표 2 제3호가목1) 및 2)를 각각 삭제한다.

별지 제8호, 제11호의2, 제11호의3, 제12호, 제12호의2, 제12호의4에서 7호까지, 제14호의5의 서식을 별지와 같이 한다.

별지 제11호의4서식을 별지와 같이 신설한다.

별지 제12호의4서식 뒤쪽에 제3호를 다음과 같이 신설한다.

3. 연속혈당측정용 전극을 구입한 경우에는 해당 전극의 고유식별번호를 확인할수 있는 서류 1부.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 2023년 9월 29일부터 시행한다.

제2조(의료급여 대상 여부 확인 요청에 관한 적용례) 제23조의2 및 별지 제11호의4서식의 개정규정은 2023년 9월 29일 이후 의료급여 대상 여부의 확인을 요청하는 경우부터 적용한다.

제3조(다른 법령의 개정) 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제1조제2항 중 “국가보훈처장”을 “국가보훈부장관”으로 한다.

[] 신규발급

의료급여증

[] 추가발급

[] 재발급

신청서

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간	즉시
신청인	성명	주민등록번호		
	주소	전화번호		
	세대주 성명	세대주 생년월일		

신청사유(신규발급 · 추가발급 · 재발급)

「의료급여법 시행규칙」 제12조제1항에 따라 의료급여증 신규발급 · 추가발급 · 재발급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	1. 의료급여증(최초 발급 신청 및 분실한 경우에는 제외합니다) 2. 추가발급 사유(수학 · 보육 등) 또는 재발급 사유(의료급여증의 분실, 기재사항 변경 등)를 증명하는 서류	수수료 없음
------	---	-----------

본인부담금의 일부지급 청구서

접수번호		접수일		처리기간	
보장기관	기관명		기관기호		
세대주	성명		주민(외국인)등록번호		
진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호		
의료급여기관	기관명	기관기호	진료기간	. . . ~ . . . () 일간	
본인부담액			지급대상액 (합계)		
지급결정액			지급의뢰일		
수령 계좌	금융기관명	계좌번호		예금주	
[] 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌					
[] 진료받은 사람의 요양비등수급계좌					

「의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 일부지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)

주소 :

(휴대)전화번호 :

진료받은 사람과의 관계 :

(시장·군수·구청장) 귀하

첨부서류

진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부.
※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.

작성방법

수령 계좌 : 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.

* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.

- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

본인부담금의 초과금액 지급 청구서

(앞쪽)

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

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

년 월 일

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

(시장·군수·구청장) 귀하

<추가 기재란>

(뒤쪽)

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

첨 부 서 류

진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부.
※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.

작 성 방 법

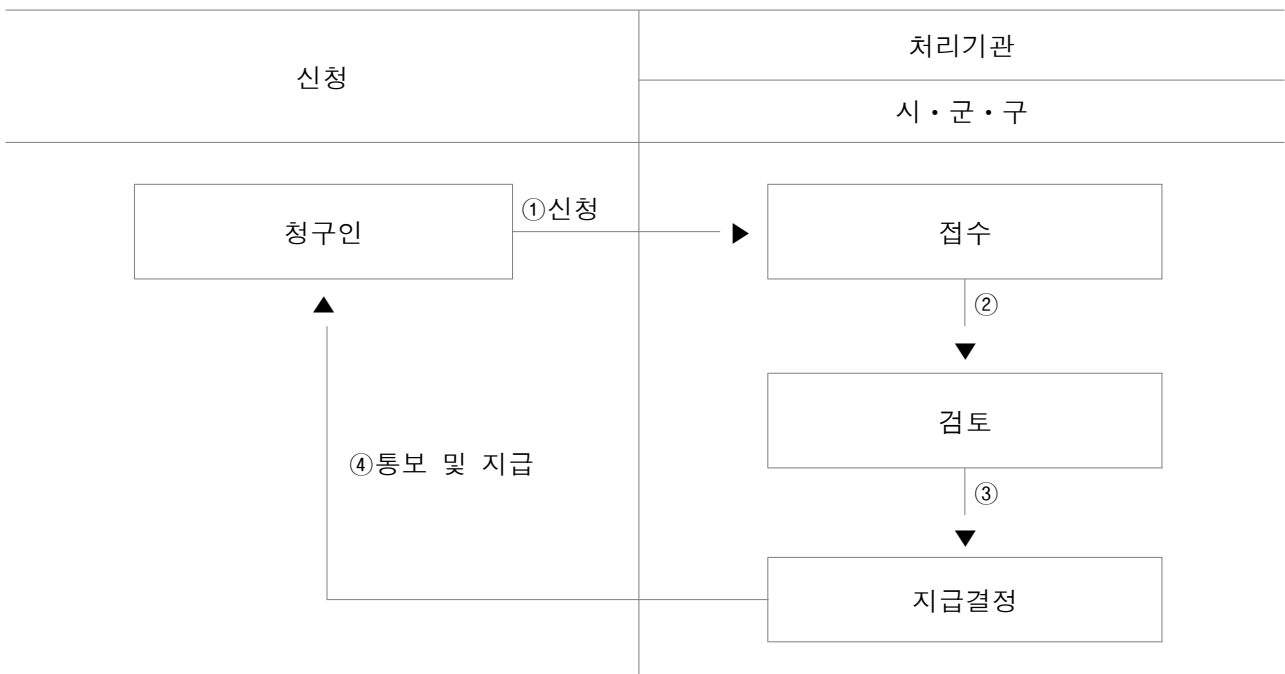
수령 계좌 : 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.

* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.

- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

처 리 절 차

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.



의료급여 대상 여부 확인 요청서

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 15일
요청인	성명		주민(외국인)등록번호	
	주소		진료받은 사람과의 관계	
	자택 전화번호		휴대전화번호	
	회신방법 [] 이메일 _____ @ _____, [] 우편, [] 모바일 전자고지 ※ 모바일 전자고지는 종이(우편) 통지서를 전자문서화하여 본인명의 모바일 기기로 통지하는 회신 방법입니다.			
진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용			
	진료받은 기관			
환불금 입금 계좌 (요청인 또는 진료받은 사람)	금융기관		예금주	
	계좌번호			
	※ 위임받은 사람(제3자)인 경우 환불금 수령 위임장(진료받은 사람의 인감도장 날인 또는 본인서명) 제출 필요(진료받은 사람의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 원본 첨부)			

「의료급여법」 제11조의3 및 같은 법 시행규칙 제23조의2제1항에 따라 위와 같이 의료급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

년 월 일
 요청인 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 진료받은 사람이 요청하는 경우: 진료비(약제비) 계산서·영수증 - 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서·영수증을 첨부해야 합니다. * 진료받은 사람이 미성년자인 경우에는 부모 또는 법정대리인의 ① 자필서명(날인)동의서 및 ② 가족관계(법정대리인) 확인 서류를 함께 제출해야 합니다.
	2. 요청인과 진료받은 사람이 다른 경우 가. 진료비(약제비) 계산서·영수증 나. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서 및 가족관계(법정대리인) 확인 서류(진료받은 사람의 법정대리인 또는 가족이 요청하는 경우만 해당합니다) 다. 진료받은 사람의 자필서명(날인) 동의서(진료받은 사람과 같은 건강보험증에 등재되어 있는 사람이나 가족이 요청하는 경우만 해당합니다) 라. 위임자와 수임자의 자필서명(날인) 위임장, 위임자와 수임자의 주민등록증 등 신분증 사본(진료받은 사람으로부터 확인 요청을 위임받은 사람이 확인 요청을 하는 경우만 해당합니다) * 진료받은 사람이 미성년자인 경우 진료받은 사람의 자필서명(날인)동의서는 불필요 ※ 진료받은 사람이 사망한 경우 가족, 법정 상속인 또는 법정대리인의 위임 필요(사망 사실을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 하며, 가족관계 확인 서류로 가능한 경우는 제외됩니다) ※ 동의서, 위임장 및 환불금 수령 위임장 양식은 보건복지부고시에 규정되어 있습니다.

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년
- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

년 월 일
 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ([] 동의함 [] 동의안함)
 요청인 (서명 또는 인)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양비 지급청구서 ([]출산비 []복막투석 []자가도뇨 []기타)

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

(앞쪽)

접수번호	접수일			처리기간	15일
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		보장기관명(기호)	
② 의료급여기관	명칭	의료급여기관 기호		③ 진료 구분	입원[] 외래[]
④ 처방전 발행일		⑤ 진료기간 또는 출산일	부터 ()일간	⑥ 상병명	상병코드
⑦ 출산장소	1.자택[] 2.의료급여기관이 아닌 의료기관[] 3.구급차[] 4.대중교통[] 5. 길[] 6. 기타[]				
구분	구입금액	구입업체명	지급일수	개수/일	
⑧ 복막관류액	원				
⑨ 복막투석 소모성재료	원		일		
⑩ 자가도뇨 소모성재료	원		일	개	
지급의뢰일	심사결정액	원	본인부담액	원	지급액
원					
⑪ 수령 계좌	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호	
[]수급권자 또는 수급권자 가족 계좌					
[]의약품·의료기기 판매업소 계좌					
[]진료받은 사람의 요양비등수급계좌					

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인

(서명 또는

인) 전화번호 ()

진료받은 사람과의

관계 : 진료받은 사람의 ()

시장 · 군수 · 구청장 귀하

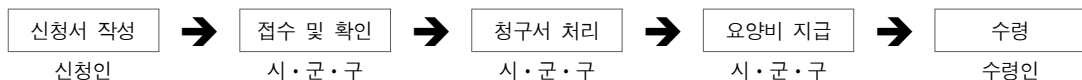
297mm × 210mm[백상지 80g/m²]

첨부서류	1. 요양비 명세서 사본, 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 각 1부. 2. 의사 처방전, 세금계산서(약국의 경우에는 처방전 및 세금계산서) 각 1부. ※ 만성신부전증 환자, 선천성 신경인성 방광환자의 경우에는 제2호 서류만 첨부합니다. 3. 출산 사실을 증명하는 서류(사산 또는 출생 후 사망한 경우에는 이를 증명할 수 있는 서류) 1부. 4. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	---	--------

작성방법

- ① : 진료받거나 출산한 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
- ② : 의료급여기관명, 의료급여기관 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 : 영수증상의 금액을 적습니다.
- ⑨ : 영수증상의 금액을 적고 의약품판매업소의 명칭, 소모성재료 지급 일수를 적습니다.
- ⑩ : 영수증상의 금액을 적고 의료기기판매업소의 명칭, 지급일수와 자가도노 소모성재료 1일당 개수를 적습니다.
- ⑪ : 급여비를 받을 **계좌**를 선택하여 "✓" 표시 합니다.
- ⑫ ~ ⑮ : 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 예금주 주민(외국인)등록번호, 사업자 등록번호(의약품 또는 ·의료기기 판매업소일 경우)를 정확히 적습니다.
 * **예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.**
 - **수급권자 또는 수급권자 가족 계좌** : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - **의약품·의료기기 판매업소 계좌** : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 의약품판매업소(복합관류액 및 복막투석 소모성 재료), 의료기기판매업소(자가도노 소모성재료)에 요양비를 지급하도록 요청한 경우에는 판매업자
 - **진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)** : **진료받은 사람 본인**
 * 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
 <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ⑯ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
 - 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

처리절차



297mm × 210mm [백상지 80g/㎡]

요양비 지급청구서(산소치료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며 색상이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일		발급일		처리기간 15일	
④ 보장기관명 (기호)		② 의료급여 기관명			③ 상병명		
		의료급여 기관기호			상병코드		
④ 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		주소		전화번호	
⑤ 진료구분	[]입원 []외래	⑥ 처방전 발 행일			⑦ 산소치료 서비스 제공업소		
⑧ 가정용 산 소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(월 단위)			계약금액	
⑨ 휴대용 산 소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(15일 이하 또는 월 단위)			계약금액	
본인부담액		원	지급청구액		원	지급의뢰일	
⑩ 수령 계좌	금융 기관 명	예금계좌번호		예금주	주민(외국인)등록번호 또는 사 업자등록번호		
[]수급권자 또는 수급 권자 가족 계좌							
[]산소치료 서비스 제공 업체 계좌							
[]진료받은 사람의 요 양비등수급계좌							
⑪ 보장기관 확인사항	요양비 지급 청구 차 수	가정용 휴대용		차 차	호흡기장애 정 도	1. 심한 정도 2. 심하 지 않은 정도	

「의료급여법 시행규칙」 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑫ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호()

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ()

시장·군수·구청장 귀하

297mm×210mm[백상지 80g/㎡]

첨부서류	1. 「의료급여법 시행규칙」 제24조제1항3호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 산소 2. 산소치료처방전, 세금계산서 각 1부. 3. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 ※ 계좌번호가 ㄱ
작성방법	

- ① 진료받은 사람의 보장기관명 및 기호를 적습니다.
- ② 의료급여기관명 및 의료급여기관기호를 적습니다.
- ③ 상병명(주된 상병)을 적습니다.
- ④ 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- ⑤ 해당 **구분**에 "√" 표시를 합니다.
- ⑥ 의사가 산소치료처방전을 발행한 날을 년·월·일로 적습니다.
- ⑦ 산소치료 서비스 제공업소명을 적습니다.
- ⑧·⑨: 해당 란을 다음과 같이 적습니다.
- 관리번호: 산소발생기 관리번호를 적습니다. <예시: a b c d e f g h i j k l m n o p → a~f: 제조년·월, g~p: 산소발생기 일련번호>
 - 모델명: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 의료용 산소발생기의 모델명을 적습니다.
 - 요양비 청구기간: 의사의 산소치료 처방전에 따른 의료용 산소발생기를 계약한 날부터 실제 사용한 날까지의 기간을 월 단위로 적습니다.
<예시: 2009년 7월 1일 계약한 경우 → 2009. 7. 1. ~ 2009. 7. 31.>
 - 계약금액: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 월 계약금액을 적습니다.
- ⑩ 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.
- ※ 수령 **계좌**의 경우 []에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다.
- ※ 예금주는 **선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른** 사람이어야 합니다.
- **수급권자 또는 수급권자 가족 계좌**: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - 산소치료서비스 제공업소 **계좌**: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구인이 산소치료 서비스 제공업소에 요양비를 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소
 - **진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)**: 진료받은 사람 본인
- ※ 예금계좌번호는 온라인 계좌입금이 가능한 예금계좌번호여야 합니다.
<예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ⑪: 보장기관 확인사항은 담당공무원이 반드시 확인해야 하는 사항입니다.
- 처방전은 반드시 내과전문의, 결핵과전문의, 심장혈관흉부외과 전문의가 발행한 것이어야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과전문의가 발행할 수 있습니다.
 - 요양비지급 청구차수: 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 1차(첫달)에는 반드시 "산소치료 처방전"을 확인해야 합니다.
※ 가정용 산소발생기의 경우에는 최대 12차까지 기재할 수 있으며, 월 2회 요양비 청구가 가능한 휴대용 산소발생기의 경우에는 최대 24차까지 기재할 수 있습니다.
 - 처방기간은 1회 12개월 이내로 하고, 호흡기장애인의 경우에는 해당 호흡기장애 정도에 "○" 표시를 합니다.
 - 호흡기장애정도가 심하지 않거나 호흡기장애인이 아닌 경우에는 중증의 만성심폐질환으로 90일 동안 적절한 내과적 치료를 받은 경우에만 지급합니다.
- ⑫: 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)

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

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	15일
상병명 및 상병코드	상병명	상병코드	
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
② 처방전 발행 의료급여기관	명칭	③ 처방전 발행일	④ 청구일
	의료급여기 관 기호	년 월 일	수 일
⑤ 당뇨병 소모성 재 료 구입 및 청구 내역	소모성 재료 종류	구입금액	판매업소 명칭
	[] 혈당측정검사지	원	
	[] 채혈침	원	
	[] 인슐린 주사기	원	
	[] 인슐린 주사바늘	원	
	[] 인슐린펌프용 주사기	원	
	[] 인슐린펌프용 주사바늘	원	
	[] 연속혈당측정용 전극	원	
⑥ 수령 계좌	[] 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌	금융기관명	계좌번호
	[] 의료기기 판매업소 계좌	예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록 번호
	[] 진료받은 사람의 요양 비등수급계좌		

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을
청구합니다.

년
월 일

⑦ 청구인

(서명 또는 인)

전화번호 ()

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사

람의 ()

시장·군수·구청장 귀하

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부 서류	1. 의사의 처방전(당뇨병 소모성 재료 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부 3. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다. 4. 연속혈당측정용 전극을 구입한 경우에는 해당 전극의 고유식별번호를 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음
----------	---	--------

작성방법

- ① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
- ② 처방전 발행 의료급여기관: 의사가 발행한 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
- ③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
- ④ 청구일수: 의사가 발행한 처방전에 기재된 당뇨병 소모성 재료의 청구일수를 적습니다.
- ⑤ 당뇨병 소모성 재료 구입 및 청구내역: 구입한 당뇨병 소모성 재료의 종류에 √ 표시를 하고, 영수증에 적힌 구입금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
- ⑥ 수령 계좌: 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.
 - **수급권자 또는 수급권자 가족 계좌** : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - 의료기기 판매업소 **계좌** : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 소모성 재료 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
 - **진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)** : **진료받은 사람 본인**
 - * 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.
- (예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
- ⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우에는 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차

청구서 작성

 청구인


접수 및 확인

 시·군·구


청구서 처리

 시·군·구


요양비 지급

 시·군·구


수령

 수령인

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)

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

(앞쪽)

접수번호	접수일	처 리 기 간 15일
상병명 및 상병코드	상병명	상병코드
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호
② 처방전 발행 의료급여기관	명칭 호 의료급여기관 기	③ 처방전 발행 일 년 월 일 ④ 요양비 청구기간 (월 단위) ~ 까지
⑤ 당뇨병 관리기기	종류 [] 연속혈당측정기 [] 인슐린자동주입기	구입금액 원 원
⑥ 수령 계좌	[] 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 [] 의료기기 판매업소 [] 진료받은 사람의 요양비등수급계좌	금융기관명 예금주 성명 계좌번호 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인

(서명 또는 인)

전화번호 ()

진료받은 사람과의 관계:

진료받은 사람의 ()

시장·군수·구청장 귀하

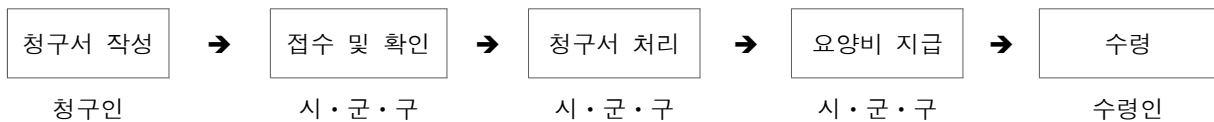
297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 의사의 처방전(당뇨병 관리기기 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부 3. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) 를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	-----------

작성방법

- ① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
- ② 처방전 발행 의료급여기관: 의사 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
- ③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
- ④ 요양비 청구기간: 의사의 처방전에 따라 당뇨병 관리기기를 구입한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다.
(예시: 2020년 1월 1일 구입하고 2021년 1월 1일까지 사용한 경우 → 2020.1. ~ 2021.1.)
- ⑤ 당뇨병 관리기기: 구입한 당뇨병 관리기기의 종류에 √ 표시를 하고, 영수증에 적힌 구입금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
- ⑥ 수령 계좌: 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.
 - **수급권자 또는 수급권자 가족 계좌** : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - 의료기기 판매업소 **계좌** : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 관리기기 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
 - **진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)** : 진료받은 사람 본인
 - * 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
- ⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차



297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양비 지급청구서([]인공호흡기 []기침유발기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일				처리기간		15일	
진료받은 사람		성명: 주민(외국인)등록번호: []		보장기관명(기호): []		처방전 발행 의료급여기관		명칭: 의료급여기관 기호: []	
상병		명칭: []		상병코드: []		대여업소명			
인공 호흡기	① 진료구 분	[]입원 []외래		② 처방전발행 일			③ 청구기간		
	④ 모델명			⑤ 관리번호			⑥ 환기타입: []혼합형 []압 력형 []볼륨형		⑦ 계약금액(기기 월 대여비) 원
	소모품 구입금 액	⑧ 기본소모품(공통)				[] 1세트 [] 2		원	
		[] 일반 일체형 커넥터 (접속기)				세트 [] 1개 [] 2		원	
		⑨ 선택소모품 (②·④ 중 1개 선택)				[] 일반·실리콘 튜브 연 결형 커넥터		[] 1세트 [] 2 원	
		[] 코마스크(Nasal, Pillow Mask)				세트 [] 겔		원	
[] 코·입마스크(Facial Mask)				[] 실리콘		원			
기침 유발 기	⑩ 진료구분	[]입원 []외래		⑪ 처방전 발행일			⑫ 청구기간		
	⑬ 모델명			⑭ 관리번호			⑮ 계약금액		원
⑯ 수령 계좌		금융기관명		계좌번호		예금주		주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호	
[] 수급권자 또는 수급권 자 가족 계좌									
[] 인공호흡기 등 대여 업소 계좌									
[] 진료받은 사람의 요양 비등수급계좌									

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑰ 청구인 (서명 또는 인)

전화번호 ()

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ()

시장·군수·구청장 귀하

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 인공호흡기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 다음의 서류 가. 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 검사결과소견서 포함), 세금계산서 각 1부 및 인공호흡기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 나. 기관절개 또는 기관봉합 증명서류(인공호흡기 선택소모품 종류를 변경할 경우에만 첨부) 1부 2. 기침유발기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 기침유발기 처방전, 세금계산서 각 1부 및 기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 3. 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부 ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	---	--------

작성방법

①~⑨: 인공호흡기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

①・②: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.

③: 인공호흡기의 청구기간은 다음 사항을 참고하여 적습니다.

- 의사의 처방전에 따라 인공호흡기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 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 인공호흡기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 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 계약인 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.〉

④~⑥: 인공호흡기 대여업소와 계약한 해당 인공호흡기기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적고, 환기타입에 [√]표시를 합니다.

〈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〉

⑦: 인공호흡기의 월 계약금액을 적습니다.

⑧: 인공호흡기의 기본소모품은 튜브, 필터, 가습기물통으로 구성됩니다. 1세트(튜브 1개, 필터 4개, 가습기물통 1개), 2세트(튜브 2개, 필터 4개, 가습기물통 1개) 중, 해당 구분에 [√]표시를 하고 금액을 적습니다.

⑨: 인공호흡기의 선택소모품 ㉠과 ㉡ 중 하나를 선택하여 해당구분에 [√] 표시합니다. 기관절개술 또는 기관봉합술로 선택소모품을 변경하는 경우에는 관련 증명서류를 함께 제출해야 합니다.

㉠을 선택한 경우 기관절개환자용 커넥터의 종류(일반일체형, 일반・실리콘 튜브 연결형)와 수량을 선택하여 금액을 적습니다. 커넥터는 월 최대 2세트까지 선택가능하며 교차선택 가능합니다.

㉡를 선택한 경우 해당 종류(코마스크, 코・입마스크)와 재질(젤, 실리콘)을 하나씩만 선택하여 금액을 적습니다.

⑩~⑮: 기침유발기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

⑩・⑪: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.

⑫: 기침유발기의 청구기간은 인공호흡기의 청구기간과 관련한 ③의 작성방법을 참고하여 적습니다.

⑬・⑭: 기침유발기 대여업소와 계약한 해당 기침유발기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적습니다. 관리번호 예시는 인공호흡기 ④~⑥을 참고하시기 바랍니다.

⑮: 기침유발기의 월 계약금액을 적습니다.

⑯ **요양비를 받을 계좌를 선택하여 [√]표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.**

* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.

- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)

- 대여업소 계좌 : 진료받은 사람 본인이나 그 가족 등 지급청구자가 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑰: 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

첨부서류	1. 양압기 처방전(해당 검사결과지, 사용기록지 등 포함) 1부. 2. 양압기 대여를 증명할 수 있는 서류 및 세금계산서 각 1부. 3. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	--------

작성방법

① 진료받은 사람의 성명과 주민등록번호를 적습니다. 외국인의 경우는 외국인등록번호, 재외국민의 경우는 주민등록번호를 적습니다.

② 의료급여기관 명칭과 의료급여기관 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, 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 양압기 대여업소와 계약한 해당 제품종류에 [√]표시를 하고 월 계약금액을 적습니다

⑨ 양압기의 소모품(마스크)종류 중 해당 구분에 [√] 표시하고 금액을 적습니다.

⑩ 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.

* 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.

- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)

- 양압기 제공업소 계좌 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 가정산소 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

<예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>

⑪ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

보조기기 급여비 지급청구서

※ 색상이 어두운 난은 청구인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일			처리기간	10일
① 급여를 받기로 결정된 사람	성명	주민(외국인)등록번호			
	보장기관명(기호)	의료급여 종별	[] 1종 [] 2종		
	집 전화번호	휴대전화번호			
② 보조기기 명칭		③ 구입일			
④ 제품 정보	모델명	제조(수입)업소명			
	제조연월	제품일련번호			
		제품코드번호(또는 구성품코드번호)			
⑤ 구입처	명칭	대표자			
	사업자등록번호	전화번호			
	주소(미등록 업소만 기록합니다)				
⑥ 기준액	⑦ 고시금액	⑧ 실구입금액	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 계좌		⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민등록번호
[]수급권자 또는 수급권자 가족 계좌					
[]보조기기 제작·판매자 계좌					
[]급여를 받기로 결정된 사람 본인의 요양비등수급계좌					

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제4항부터 제6항까지에 따라 위와 같이 보조기기 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑮ 청구인 (서명 또는 인) 주민(외국인)등록번호

급여를 받기로 결정된 사람과의 관계 (휴대)전화번호

시장·군수·구청장 귀하

정보 이용 동의서

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

급여를 받기로 결정된 사람

(서명 또는 인)

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 의사가 발행한 별지 제14호의6서식의 보조기기 검수확인서 1부. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행차, 지팡이, 목발, 시각장애이용 흰지팡이, 돋보기, 망원경 또는 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지로 한정합니다)에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 보조기기검수확인서를 첨부하지 않습니다. 2. 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부 3. 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자(보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다)임을 증명하는 서류 1부. 다만, 「의료급여법 시행규칙」 별표 2 제1호다목에 따라 국민건강보험공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우, 지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행보조를 위하여 지팡이 또는 목발을 구입하거나 시각장애에 대한 보행보조를 위하여 흰지팡이를 구입한 경우 또는 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우에는 첨부하지 않습니다. 4. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	-----------

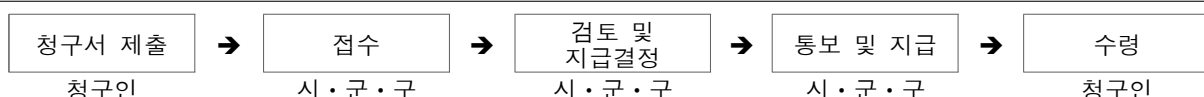
유의사항

1. 의지·보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 교정용 신발에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 보조기기를 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소의 등록여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
2. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 등록된 품목을 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소 및 품목의 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

작성방법

- ① 급여를 받기로 결정된 사람: 급여를 받기로 결정된 사람의 해당사항을 적습니다.
- ② 보조기기 명칭: 구입한 보조기기의 명칭을 적습니다.
- ③ 구입일: 보조기기를 구입한 연월일을 적습니다.
- ④ 제품 정보: 구입한 보조기기의 모델명, 제조(수입)업소명, **제조연월** 및 제품일련번호를 적습니다.
※ **전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 자세보조용구, 보청기는 제품일련번호란에 보건복지부장관이 고시한 제품별 제품코드번호(또는 구성품코드번호)도 함께 적고, 수동휠체어, 전·후방보행차는 제품일련번호만 적습니다.**
- ⑤ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
- ⑥ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 **제3호가목에 따라** 보조기기의 유형 및 구분 항목별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 적습니다. **다만, 보청기의 경우 후기적합관리비용을 제외한 금액을 적습니다.** (예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대의 **기준액이 각각 880,000원, 210,000원이고 이를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다**)
- ⑦ 고시금액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 **제3호나목에 따라** 보건복지부 장관이 고시한 금액을 적습니다.
- ⑧ 실구입금액: 구입한 보조기기의 실제 구입금액(세금계산서의 금액을 말합니다)을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입금액을 적습니다.
- ⑨ 본인부담액: 구입한 보조기기 중 본인이 직접 납부한 본인부담총액을 적습니다. 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 부담액을 적습니다.
- ⑩ 청구금액: ⑥, ⑦ 및 ⑧ 중 가장 낮은 금액을 적습니다.
- ⑪ 수령 **계좌**: 보조기기 급여비를 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.
- ⑫ 금융기관명 ~ ⑮ 주민등록번호: ⑪에 따라 보조기기 급여비를 받을 사람의 인적사항을 적습니다.
- ⑭ 예금주: **선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.**
 - 수급권자 또는 수급권자 가족 **계좌**: 급여를 받기로 결정된 사람, 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - 보조기기 제작·판매자 **계좌**: 급여를 받기로 결정된 사람이 보조기기를 구입한 보조기기 제작·판매자
 - **급여를 받기로 결정된 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)**: 급여를 받을 사람 본인
- ※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
- ⑯ 청구인: 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다.

처리 절차



신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
제1조의2(수급권자의 인정 신청) ① (생 략) ② 법 제3조의3제4항 및 「의료급여법 시행령」(이하 “영”이라 한다) 제6조의2에 따라 <u>국가보훈처장</u> 또는 문화재청장의 추천을 받으려는 사람은 제2조의2에 따른 추천 신청서에 제1항제2호 및 제3호의 서류를 첨부하여 <u>국가보훈처장</u> 또는 문화재청장에게 제출하여야 한다.	제1조의2(수급권자의 인정 신청) ① (현행과 같음) ② ----- ----- ----- <u>국가보훈</u> <u>부장관</u> ----- ----- ----- <u>국가보훈</u> <u>부장관</u> ----- -----.
제12조(<u>의료급여증의 발급</u>) <신 설>	제12조(<u>의료급여증의 발급 신청 등</u>) ① 수급권자는 법 제8조제1항에 따른 의료급여증을 발급받으려면 별지 제8호서식의 의료급여증 발급(신규발급·추가발급·재발급)신청서를 시장·군수·구청장에게 제출해야 한다. 이 경우 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망(이하 “정보통신망”이라 한다)을 통하여 해당 서류를 제출할 수 있다.
① <u>시장·군수·구청장은 법 제3조제1항제1호 또는 법 제3조의3제5항에 따라 수급권자가 된 사</u>	② <u>시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신청을 받으면 지체 없이 별지 제6호서식의 의료급여증을 신</u>

람에게 지체 없이 법 제8조제1항에 따라 별지 제6호서식의 의료급여증을 발급하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 의료급여증을 발급할 수 없는 경우에는 별지 제7호서식의 의료급여증명서를 발급하여 의료급여증이 발급될 때까지 사용하게 하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 법 제3조제1항제4호 또는 같은 항 제10호에 따른 수급권자에게는 법 제8조제1항 단서에 따라 의료급여증을 발급하지 아니할 수 있다.

③ 수급권자가 수학·보육 등의 사유로 의료급여증을 추가로 발급받거나 의료급여증의 분실, 기재사항 변경 등의 사유로 의료급여증을 재발급받으려면 별지 제8호서식의 의료급여증(추가발급·재발급) 신청서에 추가 또는 재발급 신청 사유를 증명하는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하고, 시장·군수·구청장은 그 사유를 확인하여 의료급여증을 수급권자에게 추가로 발급하거나 재발급하여야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 법 제16조에 따라 의료급여의 내용이 변경된 수급권자에 대해서는 의

청인에게 발급해야 한다. -----

-----.

③ 제2항에도 -----

-----.

<삭 제>

④ -----

----- 제2항에

료급여증을 회수하고, 변경된 내
용에 맞는 새로운 의료급여증을
지체 없이 발급하여야 한다.

⑤ (생 략)

제14조(의료급여증을 대체하는 신
분증명서) 법 제8조제3항에서
“보건복지부령으로 정하는 신분
증명서”란 다음 각 호의 증명서
또는 서류를 말한다. 이 경우 그
증명서 또는 서류에 유효기간이
적혀 있는 경우에는 그 유효기
간이 지나지 아니하여야 한다.

1. 행정기관이나 공공기관이 발
행한 증명서로서 사진이 붙어
있어 본인임을 확인할 수 있는
공무원증, 국가유공자증, 장애
인등록증, 외국인등록증, 국가
기술자격증, 그 밖에 신분을
확인할 수 있는 증명서

2. 행정기관이나 공공기관이 기
록·관리하는 서류로서 사진이
붙어 있어 본인을 확인할 수
있는 서류

제15조(의료급여증의 반납 및 회
수) ①수급권자는 다음 각호의
1에 해당하는 사유가 생긴 때에
는 시장·군수·구청장에게 의

도 불구하고 수급권자의 신청 없
이 별지 제6호서식의 의료급여증
을 발급할 수 있다.

⑤ (현행과 같음)

제14조(의료급여증을 대체하는 신
분증명서) -----

-----.

1. -----

있고, 주민등록번호 또는 외국
인등록번호가 포함되어 -----
-----국가유공자증-----
-----외국인등록증-----

2. -----

----- 있고, 주민등록번호 또는
외국인등록번호가 포함되어 --

<삭 제>

료급여증을 지체없이 반납하여야 한다.

1. 의료급여증을 잃어버려 재발급을 받은 자가 잃어버린 의료급여증을 찾을 때

2. 수급권자가 법 제3조제1항의 규정에 의한 수급권자의 요건에 해당하지 아니하게 된 때

3. 법 제17조의 규정에 의하여 수급권자에 대한 의료급여가 중지된 때

②시장·군수·구청장은 수급권자가 제1항제2호 또는 제3호에 해당하는 경우에 의료급여증을 반납하지 아니하는 때에는 지체없이 이를 회수하여야 한다.

<신 설>

제23조의2(의료급여 대상 여부의 확인 방법·절차 등) ① 수급권자는 법 제11조의3제1항에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대한 확인을 요청하려면 별지 제11호의4서식의 의료급여 대상 여부 확인 요청서에 진료비 또는 약제비 계산서·영수증을 첨부하여 심사평가원에 제출해야 한다.

② 제1항에 따라 확인 요청을 받은 심사평가원은 요청을 받은

날부터 15일 이내에 제1항에 따른 확인 요청인(이하 이 조에서 “요청인”이라 한다)에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 법 제11조의3제2항에 따라 과다본인부담금(의료급여기관이 요청인으로부터 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 있다는 통보를 받은 의료급여기관은 그 과다본인부담금을 요청인에게 지급할지 여부를 지체 없이 심사평가원에 알려야 한다.

④ 심사평가원은 의료급여기관이 과다본인부담금을 지급하지 않겠다는 사실을 통보하거나 지급 여부에 대한 통보를 하지 않은 경우에는 그 사실을 공단에 알려야 한다.

⑤ 제4항에 따른 통보를 받은 공단은 지체 없이 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 이를 요청인에게 지급하고, 그 결과를 관련 의료급여기관에 알려야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여 대상 여부 확인 요청 및 처리에 필요

한 세부적인 사항은 보건복지부
장관이 정하여 고시한다.