

보장구급여비 지급청구서

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

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	10일
------	-----	------	-----

① 급여를 받기로 결정된 사람	성명:	주민등록번호:	
	보장기관명(기호):	의료급여 종류:	[] 1종 [] 2종
	집 전화번호:	휴대전화번호:	

② 보장구 명칭	코드	③ 구입일
----------	----	-------

④ 제품 정보	모델명:	제조(수입)업소명:
	제조연월:	제품일련번호:

⑤ 구입처	명칭:	대표자:
	사업자등록번호:	전화번호:
	소재지(미등록 업소만 기록):	

⑥ 기준액	⑦ 고시 금액 (전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구만 적습니다)	⑧ 실구입금액	⑨ 본인부담액	⑩ 지급금액 (청구금액)
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원

⑪ 수령인	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민등록번호
[]수급권자				
[]보장구 제작·판매자				

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제4항부터 제6항까지의 규정에 따라 위와 같이 보장구급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑯ 청구인 성명

(서명 또는 인) 주민등록번호

급여를 받기로 결정된 사람과의 관계

(휴대)전화번호

시장·군수·구청장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 보장기관이 위에 청구한 보장구급여비의 지급 등을 위하여 「사회복지사업법」 제6조의3에 따른 전담기구에 관련 정보[급여비 지급 여부·품목, 내구연한(耐久年限) 등]를 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받기로 결정된 사람

(서명 또는 인)

