[별지 제12호서식]

희귀질환자 본인부담금 청구서([ ]인공호흡기 [ ]기침유발기)

수 진 자 (환자명)		주민등록번호		연락처	
상 병 명	(상병코드 :)		관할보건소		
신청구분	□ 인공호흡기 기기 월 대여료 □ 인공호흡기 선택소모품 ([ ]㉮ [ ]㉯) □ 인공호흡기 기본소모품 □ 기침유발기 월 대여료				
인공호흡기	대여업소명		청구기간	~	
	모델명		관리번호		
기침유발기	대여업소명		청구기간	~	
	모델명		관리번호		
인공호흡기 계약금액 (기기 월 대여료)	[ ] 혼합형 [ ] 압력형 [ ] 볼륨형			원	
기본소모품 (공통)	[ ] 1세트 [ ] 2세트			원	
선택소모품㉮	[ ] 일반 일체형 커넥터	[ ] 1개 [ ] 2개		원	
	[ ] 일반·실리콘 튜브 연결형 커넥터	[ ] 1세트 [ ] 2세트		원	
선택소모품㉯	[ ] 코마스크(Nasal, Pillow Mask)	[ ] 겔		원	
	[ ] 코입마스크(Facial Mask)	[ ] 실리콘		원	
기침유발기	원				
신청금액	총계 (A+B+C)	급여부분		비급여 본인부담 (C)	
		보험자부담액 (공단부담액) (A)	본인부담금 (정부지원부분) (B)		
총계	원	원	원	원	
수령계좌	가입자 또는 피부양자 계좌 [ ] 대여업소 계좌 [ ]	금융기관명 :	계좌번호 :		
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 :		

위와 같이 [인공호흡기, 기본소모품, 선택소모품㉮, 선택소모품㉯, 기침유발기]를 청구합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

검토의견	
첨부서류	※ 신청구분에 따라 아래의 서류 첨부 - 인공호흡기 및 기침유발기 대여 영수증 1부 - 인공호흡기 기본소모품, 인공호흡기 선택소모품㉮ 또는 ㉯ 영수증 1부