[별지 제9호서식]

(앞면)

희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 청구서

환 자 명				주민등록번호		
질 환 명	(상병코드 :)					
신 청 인	관계		전화번호		휴대폰번호	
	주소			관할보건소		
요양기관				사업자등록번호		
입원기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (일간)					
외래진료일						
총계 (A+B+C)	급여부분 진료비				비급여 부분 진료비 (C)	
	보험자부담액 (공단부담액) (A)		본인부담액1) (정부지원부분) (B)			
원	원		원		원	
서면청구 사유	□ 자격확인이 되지 않아 요양기관에서 선지급 되지 않은 경우 □ 지원신청일부터 등록확정일까지의 진료분에 대해 소급 받는 경우 □ 해당상병에 의한 합병증의 진료비 중 본인부담금 □ 혈우병 입원특례자의 입원진료비 중 본인부담금 ※ 서면청구 사유에 해당하지 않는 경우에는 서면청구를 통한 지급이 불가하므로 주의					
위와 같이 희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금을 청구합니다. 신청인 (서명 또는 인) 년 월 일 국민건강보험공단 이사장 귀하						
검토의견						
신청계좌	금융기관명		예금주		계좌번호	
첨부서류 등	진료비 영수증(구분산정시 진료비상세내역 첨부가능) 원본 1부					

※ 위의 서식은 국민건강보험공단에 요양급여비용 중 본인부담금을 서면으로 청구할 경우에만 사용.

※ 서면청구 영수증이 여러장인 경우 뒷면에 항목별 금액을 작성하고, 합계 금액을 음영에 작성

1) 본인부담금 제외항목 : 전액 본인부담금(100/100), 선별급여, 예비급여, 2·3인실 입원료, 본인부담금 상한제 사전급여

※ 본인부담금 제외항목은 본인부담액을 청구하여도 지급되지 않으므로 해당금액을 제외하고 본인부담액(B)을 입력하시기 바랍니다.

(뒷면)

희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 외래/입원 진료 청구목록

요양기관 (요양기호)	진료기간 (진료일)	총계 (A+B+C)	급여부분 진료비		비급여 부분 진료비 (C)
			보험자부담액 (A)	본인부담액 (정부지원부분) (B)	
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
합계		원	원	원	원

※ 합계금액을 앞면에 작성