■ 응급의료비 미수금 대지급청구 심사기준 [별지 제3호서식]

확 인 서

환자명		주민등록번호	-	전화번호	
주 소					
미납 확인내역	응급의료 (이송)기간	년 월 일 ~ 년 월 일 까지 ( )일			
	미납금액 (응급의료비)	원	응급진료비	원	
			이송처치료	원	
상환의무자 동의서 미제출 사유	[ ] 응급진료 중 사망한 자로서 무연고자로 확인된 경우 [ ] 응급진료 중 이탈하여 복귀하지 아니하거나 응급진료 종료 후 도주한 사람으로서 주소지 확인이 불가능함이 객관적으로 입증된 경우 [ ] 경찰관서 또는 지방자치단체 등을 통하여 조회한 결과 신원이 확인되지 않은 경우 [ ] 의식이 없는 상태에서 상환의무자 없이 응급진료 중 또는 종료 후 다른 의료기관으로 전원되었거나 이송되었음이 객관적으로 입증된 경우				

본 기관은 위의 사유로 인해 미수금 대지급 청구서에 상환의무자의 서명 · 날인을 받지 못하였으므로 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제10조 제2항에 따라 동 확인서를 제출하고자 합니다.

20 년 월 일

기관명: (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]