

희귀질환자 본인부담금 청구서([    ]인공호흡기 [    ]기침유발기)					
수 진 자 (환자명)		주민등록번호		연락처	
상 병 명	(상병코드 :        )		관할보건소		
신청구분	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 기기 월 대여료 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 기본소모품 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 선택소모품 ([    ]㉔ [    ]㉕) <input type="checkbox"/> 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	
선택소모품㉔	[    ] 일반 일체형 커넥터		[    ] 1개      [    ] 2개	원	
	[    ] 일반·실리콘 튜브 연결형 커넥터		[    ] 1세트      [    ] 2세트	원	
선택소모품㉕	[    ] 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	환자 또는 보호자 계좌 [    ]		금융기관명 :	계좌번호 :	
	대여업소 계좌 [    ]		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 :	
<p>위와 같이 [인공호흡기, 기본소모품, 선택소모품㉔, 선택소모품㉕, 기침유발기]를 청구합니다.</p> <p style="text-align: center;">년       월       일</p> <p style="text-align: right;">신청인 :                      (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하</p>					
검토의견					
첨부서류	※ 신청구분에 따라 아래의 서류 첨부 - 인공호흡기 및 기침유발기 대여 영수증 원본 또는 원본대조필 1부 - 인공호흡기 기본소모품, 인공호흡기 선택소모품㉔ 또는 ㉕ 영수증 원본 또는 원본대조필 1부				