[별지 제11호서식]

희귀질환자 보조기기 구입비 청구서

환 자 명			주민등록번호	
질 환 명	(상병코드 :)			
신 청 인	관계		전화번호	
	주소		휴대폰번호	
관할보건소				
입금은행명			예금주	
신청계좌				

신청금액	구입비 총액 (A+B+C)	급여부분		비급여부분 (C)
		보험자부담액 (공단부담액) (A)	본인부담액 (정부지원부분) (B)	
보조기기 구입비	원	원	원	원

위와 같이 지원되는 [보조기기 구입비]를 청구합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

검토의견	
첨부서류	아래의 서류 첨부 - 보조기기 구입 영수증 원본 또는 원본대조필 1부 ※ 팩스로 청구하는 경우 영수증 사본 첨부 가능