

특수식이 구입비 서면청구서(특수조제분유, 저단백즉석밥)				
환 자 명			주민등록번호	
질 환 명	(상병코드 :)			
신청인	관계		전화번호	
	주소		휴대폰번호	
관할보건소				
계좌 정보	입금은행명		입금계좌	
	예금주		※ 입금은행 등 계좌 정보는 보건소에 제출한 기존 통장 사본의 정보와 일치하여야 함	
신청 구분	<input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백즉석밥			
신청 금액	특수조제분유		원	
	저단백즉석밥		원	
<p>관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수식이 구입비 지원금을 청구합니다.</p> <p>신청인 (서명 또는 인)</p> <p>년 월 일</p> <p>국민건강보험공단 이사장 귀하</p>				
환자대상 안내사항				확인(√)
<p>• 청구서 내용을 허위로 기재하는 등 기타 부정한 방법에 의하여 의료비를 지원받거나 타인으로 하여금 지원받게 한 경우(예:본인이 사용하지 않은 구입비 청구, 지원받은 특수식이를 제3자에게 판매하여 대가 취득), 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금 환수 등의 조치를 취할 수 있음</p>				<input type="checkbox"/>
첨 부 서 류				
<p>영수증 원본 또는 원본대조필 1부</p> <p>- 구입항목 및 구입일자 확인 가능한 영수증 제출 필요</p> <p>※ 영수증은 구입일로부터 1년 이내의 영수증만 유효함</p> <p>※ 특수조제분유, 저단백즉석밥은 별도로 지원되는 것이므로 각각의 지원금액 한도 이내에서만 지원 가능함</p> <p>※ 팩스로 청구하는 경우 영수증 사본 첨부 가능</p>				