

재난적의료비 [☐ 지원 대상자
☐ 지원 비대상자] 결정 통보서

접수번호			신청일자	년 월 일	
환자	성명		생년월일		
	주소				
	전화번호		휴대전화		
의료기관	명칭		기호		
입원개시일		상병	명칭	기호	특정기호
지급신청 결과					

재난적의료비 지원대상자 확인 신청 결정 내역

☐ 지원 대상자	1. 귀하는 재난적의료비 지원 대상자로 결정되었습니다. 2. 퇴원 등으로 최종의료비가 확정된 경우에는 의료기관 등은 별지 제6호서식의 재난적의료비 직접 지급요청서를 작성하여 공단에 지원금액의 지급을 요청하시기 바랍니다.
---------------------------------	--

☐ 지원 비대상자	1. 귀하는 재난적의료비 지원 비대상자로 결정되었습니다. 2. 지원 비대상 사유는 아래와 같습니다. ☐ 소득·재산 기준 미충족 ☐ 의료비 부담 수준 미충족 ☐ 기타()
----------------------------------	--

귀하의 재난적의료비 지원대상자 해당 여부 확인 신청에 대하여 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙」 제5조 제3항에 따라 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드립니다.

년 월 일

담당자 : ○○○○ 지사 ○급 ○○○ (전화번호 :)

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(공단 대표전화 ☎ 1577-1000)