

요양급여 대상 여부의 확인 업무 운영지침

고객지원실 진료비확인부

전부개정 2023.04.17. 지침 제397호

개정 2023.12.18. 지침 제412호

(상임이사·지원·지원장 명칭 변경 등에 따른 계약사무처리지침 등 26개 지침의
일부개정에 관한 지침)

제1장 총칙

제1조(목적) 이 지침은 「요양급여 대상 여부의 확인 방법 및 절차 등에 관한 기준」(이하 “고시”라 한다) 제11조에 따라 요양급여 대상여부 확인(이하 “진료비 확인”이라 한다) 업무에 필요한 세부사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 지침에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “요양급여 대상여부 확인”이란 건강보험 가입자(피부양자를 포함한다. 이하 같다)가 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용(전액본인부담금을 포함한다)인지 여부를 확인하는 것을 말한다.
2. “비급여 진료비용”이란 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료에 소요되는 비용 등 보건복지부령으로 정하여 요양급여 대상에서 제외되는 비용을 말한다.
3. “전액본인부담금”이란 「국민건강보험법」 제41조제2항에 따른 요양급여대상으로 써 건강보험이 정한 비용을 환자 본인이 전액 본인부담하는 것을 말한다.
4. “과다본인부담금”이란 「국민건강보험법」 제48조제2항에 따라 확인한 결과 해당 요양기관이 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 말한다.
5. “공제지급”이란 「국민건강보험법」 제48조제3항에 따라 국민건강보험공단(이하

“공단”이라 한다)이 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 진료비 확인을 요청한 사람(이하 “요청인”이라 한다)에게 지급하는 것을 말한다.

6. “긴급의료지원”이란 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따라 생계곤란 등의 위기상황에 처하여 도움이 필요한 사람을 지원하는 것을 말하고, 이에 따라 지원받은 자를 “긴급의료지원대상자”라고 한다.

제3조(확인 대상) ① 건강보험심사평가원장(이하 “심사평가원장”이라 한다)은 진료받은 사람이 요양기관에 지불한 진료비 중 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서(이하 “진료비계산서 등”이라 한다)에 기재된 비급여 진료비용 및 전액 본인부담금에 대하여 요양급여 대상 여부를 확인한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 확인 대상에서 제외한다.

1. 진료받은 사람이 「자동차손해배상 보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 다른 법률에 따른 요양급여 등을 받은 경우
2. 진료받은 사람이 임상연구대상으로 진료를 받은 경우(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 및 별표 1 제1호자목에 해당하는 통상적인 요양급여는 포함하지 아니한다)
3. 간병비, 화장품, 의약외품 등 의료행위와 관련 없는 비용

② 제1항 각 호에 해당하지 않는 경우에도 심사평가원장은 다음 각 호에 해당하는 경우에는 진료비 확인을 종결처리 할 수 있다.

1. 「국민건강보험법」, 「의료법」 및 「약사법」 등에서 정한 자료보존 기간 경과 등의 사유로 필요 자료를 제출할 수 없는 경우
2. 요청인이 제출한 진료비계산서 등에서 비급여 진료비용 또는 전액본인부담금이 없는 경우
3. 요청인이 제출한 진료비계산서 등이 중간 진료비계산서 등으로 확인된 경우
4. 진료비계산서 등에 기재된 전체 진료비를 납부하지 않은 것으로 확인된 경우 등 기타 진료비 확인이 불가능한 경우

제2장 진료비 확인 요청 방법 및 접수 등

- 제4조(진료비 확인 요청의 방법)** ① 「국민건강보험법」 제48조에 따른 진료비 확인 요청인은 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호의2서식의 요양급여 대상 여부 확인 요청서(이하 “요청서”라 한다)를 작성하여 첨부서류와 함께 방문·우편·FAX·정보통신망(홈페이지 및 모바일 앱) 등의 방법으로 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 제출하여야 한다.(다만, 심사평가원 홈페이지 및 모바일 앱을 이용하여 요청하는 경우에는 요청서를 생략할 수 있다)
- ② 제1항에도 불구하고 긴급의료지원을 받은 긴급의료지원대상자로부터 위임받아 진료비 확인을 요청하는 보장기관은 별지 제1호서식의 요양급여 대상 여부 확인 요청서(보장기관)를 작성하여 첨부서류와 함께 제출하여야 한다.

- 제5조(요청서의 접수)** ① 제4조에 따른 진료비 확인 요청은 진료비 확인 요청 업무를 처리하는 부에서 접수한다.
- ② 심사평가원장은 제1항에 따른 진료비 확인 요청을 접수한 경우 접수일자, 접수번호가 기재된 접수증을 요청인에게 내어주어야 한다. 다만 우편·이메일·모바일 등의 방법으로 알리는 경우에는 이를 생략할 수 있다.
- ③ 심사평가원장은 동일한 진료비 확인 요청 건이 2회 이상 접수되는 경우 최초 접수 이후 접수되는 건에 대해 종결처리 할 수 있다.

- 제6조(요청서의 점검·보완)** ① 심사평가원장은 제4조 및 제5조에 따라 접수된 요청서에 기재된 요청인, 수신자, 확인 요청 내용, 진료받은 기관, 환불금 입금 계좌, 첨부서류 등에 대하여 점검한다.
- ② 제1항에 따라 요청서에 필수 기재사항이 누락되었거나 첨부서류 등의 자료가 제출되지 아니한 경우에는 요청인에게 10일 이내의 기간을 정하여 요청서의 보완 또는 자료의 제출을 요청할 수 있다.
- ③ 심사평가원장은 요청인이 제2항에 따른 기간 내에 보완 또는 자료를 제출하지 않는 경우 7일 이내의 기간을 정하여 재요청 할 수 있다. 이 경우 요청은 2회로 한정한다.

④ 심사평가원장은 제2항 및 제3항에 따른 자료 보완 요청 또는 자료제출 요청에도 불구하고 요청인이 기간 내에 요청서를 보완하거나 자료를 제출하지 아니한 경우 서류를 돌려보내고 종결처리한다.

⑤ 요청인의 연락처 또는 주소지 미기재 등으로 진료비 확인 업무 처리가 불가능한 경우에는 진료비 확인 요청을 취하한 것으로 보아 결과 통보 없이 종결 처리한다.

제7조(진료비 확인 요청의 취하) 요청인은 진료비 확인 처리 결과 통보를 받기 전까지 별지 제7호서식의 진료비 확인 요청 취하서를 작성하여 심사평가원에 방문·우편·정보통신망(홈페이지 및 모바일 앱) 등의 방법으로 진료비 확인 요청을 취하할 수 있다.

제3장 진료비 확인 기준 및 절차

제8조(요양기관에 대한 자료 요청) ① 심사평가원장은 제4조에 따른 진료비 확인 요청을 받은 경우 10일 이내의 기간을 정하여 요양기관에게 진료기록부와 그 밖에 진료비 확인에 필요한 자료를 요청할 수 있다.

② 심사평가원장은 제1항에도 불구하고 요양기관이 기간 내 자료를 제출하지 아니한 경우 7일 이내의 기간을 정하여 재요청 할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 요양기관에서 자료를 제출하였으나, 추가 자료가 필요한 경우에는 7일 이내의 기간을 정하여 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 보완 재요청은 2회로 한정한다.

④ 제1항부터 제3항까지에도 불구하고 요양기관이 기한 내에 자료의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우, 심사평가원장은 요청인이 요청한 확인 대상항목 전부 또는 일부에 대하여 본인부담금 과다징수로 처리할 수 있다.

⑤ 심사평가원장은 진료비 확인의 신속한 처리를 위하여 요청인이 고시 별지 제4호서식의 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공 동의서에 동의한 경우 요청인이 제공한 진료비계산서 등을 진료받은 기관에 제공할 수 있다.

제9조(진료비 확인의 기준) ① 심사평가원장은 건강보험 가입자가 부담한 비급여 진

료비용 및 전액본인부담금이 요양급여 대상에 해당하는지 여부를 요청인 및 요양기관에서 제출한 자료를 바탕으로 확인하여야 한다.

② 제1항에 대한 기준은 다음 각 호에 의한다.

1. 「국민건강보험법」 제41조제3항에 따른 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 및 이에 따라 보건복지부장관이 고시한 사항(단, 심사평가원장이 공고하는 ‘중증질환자에 대한 처방투여 약제에 관한 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’을 포함한다)
2. 「국민건강보험법」 제45조 및 제46조에 따라 정하여진 요양급여비용의 산정내역
3. 「국민건강보험법」 제63조제1항제5호에 따라 위탁받은 업무 관련 법령 및 이에 따른 기준
4. 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침
5. 심사평가원장이 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조제4항에 따라 공고한 심사지침
6. 보건복지부 행정해석 및 행정지시 사항
7. 그 밖에 보건의료 관계법령 및 관련 행정규칙 등

③ 심사평가원장은 진료비 확인을 함에 있어 의학적 판단이 필요한 경우 「국민건강보험법」 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 심의·의결 및 전문학회의 의견을 들을 수 있다.

제10조(처리기간) ① 심사평가원장은 진료비 확인 요청이 접수된 날부터 15일 이내에 처리한다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기간(보완·전문적 검토를 위하여 요청인·요양기관·진료심사평가위원회에 발송한 날과 보완되어 도달한 날을 포함한다)은 처리기간에 산입하지 아니한다.

1. 제6조에 따른 요청서 내용의 보완 및 첨부서류 제출에 소요되는 기간
2. 제8조에 따른 요양기관 자료 요청 및 제출에 소요되는 기간
3. 진료심사평가위원회 심의·의결 및 전문학회 의견요청 등 전문 의학적 검토가 필요한 경우 그에 소요되는 기간
4. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일), 토요일

제11조(진료비 확인 지연 안내) 심사평가원장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 요청인에게 민원처리 상황 등을 우편·이메일·모바일 등의 방법으로 안내할 수 있다.

1. 접수안내 통보일로부터 15일이 경과하였으나 처리가 완료되지 않은 경우
2. 접수안내 통보일로부터 30일이 경과하였으나 처리가 완료되지 않은 경우
3. 요청인으로부터 진행 상황 안내요청이 있는 경우

제4장 진료비 확인 결과 통보

제12조(진료비 확인 결정 및 결과의 통보) ① 심사평가원장은 제5조 및 제6조에 따라 접수된 요청 건의 요양급여 대상 여부를 확인하여 다음과 같이 결정한다.

1. 정당: 진료비가 적정하게 지급된 경우
2. 환불: 과다본인부담금이 발생한 경우
3. 임의처리: 제8조제4항에 해당하는 경우

② 심사평가원장은 제3조제1항제1호, 제2항, 제5조제3항, 제6조제4항, 제7조에 해당하는 경우 즉시 종결 처리하고 요청서를 되돌려 보낼 수 있다. 다만, 제3조제2항제3호 및 제4호에 해당하여 자료를 보완하는 경우에는, 제6조에 따라 자료를 보완하여 처리할 수 있다.

③ 심사평가원장은 제1항 및 제2항의 처리결과를 요청인 및 요양기관에 통보하여야 한다.(제2항의 경우 요양기관 통보를 생략할 수 있다.) 제1항의 결과를 통보하는 경우에는 별지 제3호서식의 총괄진료비 정산내역서 또는 별지 제4호서식의 총괄진료비 재정산내역서와 별지 제5호서식의 진료비세부정산내역서 또는 별지 제6호서식의 진료비세부 재정산내역서를 첨부하고, 제2항의 통보 시에는 그 사유를 명시하여야 한다.

④ 제1항제2호에 따른 환불금을 통보하는 경우에는 진료비 확인 과정에서 확인된 미수금을 반영하여 계산하고, 요양기관과 요청인 간에 발생된 감면 및 기타 특수한 사정은 반영하지 아니한다.

⑤ 진료비 확인 결과 통보 방법은 요청인의 선택에 따라 우편·이메일·모바일 등으로 할 수 있다.

제13조(직권취소) ① 심사평가원장은 제9조에 따른 진료비 확인 결과에 명백한 오류가 확인된 경우 직권취소 또는 자체시정을 할 수 있다. 이 경우 그 처리결과를 요청인 및 요양기관에 우편·이메일·모바일 등의 방법으로 통보하여야 한다.

② 제1항에 따른 명백한 오류의 기준은 다음 각 호와 같다.

1. 법령, 고시, 행정해석, 공개된 심사지침 등에 분명하게 적용할 수 있는 심사기준을 착오 적용하여 확인한 경우. 다만, 의·약학적 적정성 여부에 대한 사항은 대상에서 제외한다.
2. 요양기관의 별도 추가 보완자료 제출 없이 확인 결정 당시 제출된 자료만으로 심사평가원의 착오가 확인된 경우. 다만, 별도 보완자료가 필요한 경우 등은 대상에서 제외한다.

제5장 환불금 처리 등

제14조(환불금 처리 등) ① 심사평가원장은 제12조제1항제2호에 따른 결과 통보 시 요양기관이 과다본인부담금을 환불하여야 함을 함께 알려야 한다.

② 제1항에 따른 통보를 받은 요양기관은 통보를 받은 날부터 10일 이내에 심사평가원의 요양기관 업무포털시스템을 통해 환불금 지급 방법(자체환불, 공제지급) 또는 이의예정임을 알려야 한다.

③ 심사평가원장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 「국민건강보험법」 제48조제3항 단서에 따라 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 환불금을 공제하여 요청인에게 지급하여 줄 것을 공단에 통보하여야 한다.

1. 제1항에 따라 통보를 받은 요양기관이 제2항에 따른 환불금 지급 방법을 알려오지 아니한 경우
2. 제2항에 따라 요양기관이 심사평가원에 환불금을 공제하여 요청인에게 지급해 줄 것을 요청하는 경우

제15조(원외처방약제비 환불금 처리 등) ① 심사평가원장은 제14조에도 불구하고 원외처방 약제비에서 과다본인부담금이 발생한 경우 요청인과 원외처방전을 발행한 요

양기관 및 약제를 조제한 약국에 각각 결정사항을 통보하여야 한다.

② 제1항에 따라 결정사항을 통보받은 원외처방전 발급 요양기관은 진료비 확인 결과에 따라 변경·발급한 처방전을 최초 조제한 약국으로 전달하여 요청인에게 그 비용을 환불해 주도록 하여야 한다.

③ 심사평가원장은 진료비 확인 결과 원외처방 약제가 제9조제2항에서 정한 기준을 위반한 것으로 확인된 경우에는 원외처방전을 발급한 요양기관에 결정사항을 통보하여야 한다. 이 경우 요청인 및 해당 약제를 조제한 약국에도 같은 결정사항을 통보한다.

④ 제3항 전단에 따른 원외처방 약제비 결정사항에 대하여는 제2항을 적용하지 아니한다.

제16조(환불금 지급계좌 등) ① 심사평가원장은 제14조 및 제15조에 따른 환불금 처리를 위해 환불금 지급 계좌번호를 해당 요양기관과 공단 등에 통보할 수 있다.

② 제12조에 따라 환불금이 발생하였음을 통보 받은 요청인은 별지 제12호서식 환불금 지급계좌 통보서를 작성하여 환불금 지급계좌를 제출 또는 변경할 수 있다.

③ 심사평가원장은 제14조제3항에도 불구하고 요청인이 제4조에 따른 진료비 확인 요청서에 환불금 지급계좌를 기재하지 않았거나, 제17조에 따른 이의신청기간 종료일까지 제2항에 따른 환불금 지급계좌를 제출하지 않을 경우 환불금 지급절차를 종결할 수 있다.

제6장 이의신청 및 심판청구

제17조(이의신청) ① 심사평가원의 진료비 확인 결과에 대하여 이의가 있는 요청인 또는 요양기관은 「국민건강보험법」 제87조제2항에 따라 이의신청을 할 수 있다. 이 경우 「국민건강보험법」 제87조제3항 및 제4항에 따른 기간 내에 별지 제8호서식의 진료비 확인 이의신청서를 제출하여야 한다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 심사평가원장은 제1항에 따라 이의신청이 접수되면 지체 없이 요청인 또는 요양기관에게 접수사실을 통보하여야 하며, 이의신청 심사 결정기간을 연장할 경우에는 결정기간이 끝나기 7일 전까지 요청인 또는 요양기관에게 연장 사유를 기재하여 통

보하여야 한다.

③ 이의신청에 따른 자료요청 및 추가자료 요청에 관한 사항은 제6조 및 제8조를 준용하고, 취하에 관하여는 제7조를, 결과 통보에 관하여는 제12조를 준용한다.

제18조(심판청구) ① 제17조에 따른 이의신청에 대한 결과에 불복하는 요청인 및 요양기관은 「국민건강보험법」 제88조에 따라 별지 제10호서식 행정심판(건강보험/의료급여) 청구서를 작성하여 심사평가원 또는 건강보험분쟁조정위원회(이하 “분쟁조정위원회”라 한다)에 심판청구를 할 수 있다.

② 제1항에 따른 심판청구는 이의신청 결과가 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함한다)로 하여야 하며, 처분이 있는 날부터 180일을 지나면 제기하지 못한다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 심판청구를 할 수 없었음을 소명한 경우에는 그러하지 아니하다.

③ 심사평가원 및 분쟁조정위원회는 제1항에 따라 심판청구서를 제출받으면 지체 없이 요청인 및 요양기관에게 접수사실을 문서로 통보하여야 한다.

④ 심사평가원은 제1항에 따라 심판청구서를 받으면 그 심판청구서를 받은 날부터 10일 이내에 그 심판청구서에 처분을 한 자의 답변서 및 이의신청 결정서 사본을 첨부하여 분쟁조정위원회에 제출하여야 한다. 다만, 청구인이 별지 제11호서식 행정심판(건강보험/의료급여) 취하서를 제출하여 심판청구를 취하한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑤ 제4항에도 불구하고 기간 안에 제출하지 못할 경우에는 해당 사유를 명시한 답변서 제출 지연 사유서를 분쟁조정위원회에 송부하여야 한다.

⑥ 행정심판에 관하여 「국민건강보험법」에서 규정한 사항 이외에는 「행정심판법」에 따른다.

제19조(정보의 제공) ① 심사평가원장은 대한병원협회 및 종합병원급 이상 요양기관에 매 분기마다 요양기관별 진료비 확인 요청 처리현황 분석 정보를 제공할 수 있다.

② 심사평가원장은 민원발생 최소화 및 의견청취를 위해 현장방문 상담을 할 수 있다.

제20조(적용범위) ① 심사평가원의 진료비 확인 업무와 관련하여 「국민건강보험법」

등 다른 법령에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 지침에서 정하는 바에 따른다.

② 「의료급여법」 제11조의3에 따라 의료급여 대상여부 확인과 관련된 위임 사항은 「국민건강보험법」 및 이 지침이 정하는 바에 따른다.

③ 이 지침에서 정하지 아니한 사항은 심사평가원 「민원처리규정」을 준용하여 처리한다.

④ 이 지침은 다른 법령에서 진료비 확인에 관하여 심사평가원에 위탁한 경우에도 적용한다.

부 칙 <지침 제397호, 2023.4.17.>

제1조(시행일) 이 지침은 2023년 4월 17일부터 시행한다.

제2조(경과조치) 이 지침 시행 전에 처리된 사항은 이 지침에 의하여 처리된 것으로 본다.

부 칙<지침 제412호, 2023.12.18.>

(상임이사·지원·지원장 명칭 변경 등에 따른 계약사무처리지침 등 26개 지침의 일부개정에 관한 지침)

이 지침은 2024년 1월 1일부터 시행한다.

요양급여 대상 여부 확인 요청서 (보장기관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	15일
진료비 확인 요청인 (보장기관)	보장기관명칭	보장기관기호	
	주소 및 담당부서		
	담당자 성명	담당자 연락처	
	회신방법 [] 이메일 _____ @ _____, [] 우편		
	환불금 입금계좌(※ 보장기관 계좌 작성, 담당자 개인계좌 불가)		
금융기관	예금주	계좌번호	

긴급의료지원 대상자	성명	주민(외국인)등록번호
------------	----	-------------

확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용	
	진료받은 기관	

진료비 확인 결과 통보받을 자	[] 긴급지원대상자와 동일 (긴급지원대상자와 통보받을 자가 같은 경우 []에 √ 표시)		
	성명	주민(외국인)등록번호	
	연락처	긴급지원대상자와의 관계	
	주소		
	환불금 입금계좌(※ 긴급지원대상자 또는 통보받을 자에 한함)		
금융기관	예금주	계좌번호	

「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항, 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호 나목에 따라 위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

요청인 _____ 년 월 일 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 진료비(약제비) 계산서·영수증 - 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서·영수증을 첨부해야 합니다. 긴급의료지원 대상자의 자필서명(날인) 위임장(별지 제2호) 및 신분증(주민등록증 등) 사본 - 긴급의료지원 대상자가 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임장 및 신분증 사본(사망확인 서류 및 긴급의료지원 대상자와의 관계 확인 서류 제출) 위임자와 수임자의 신분증(주민등록증 등) 사본 긴급의료지원 대상자와 통보받을 자가 다른 경우 - 긴급의료지원 대상자와의 관계를 확인할 수 있는 서류 등
------	---

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년
- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ([] 동의함 [] 동의안함)
요청인 _____ 년 월 일 (서명 또는 인)

진료비 확인 요청 위임장 (보장기관)

위임하는 사람 (긴급의료 지원대상자)	성명	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 :
	생년월일	
	주소	
위임받는 사람 (수임인)	보장기관명칭	보장기관의 장
	주소	연락처
확인대상	의료기관명	진료기간
	※ 진료받은 의료기관이 복수인 경우 모두 표기 (작성란이 부족할 경우 별지 작성)	
위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3) 및 긴급복지지원법 제9조에 의한 진료비 확인요청[요양(의료)급여대상여부 확인 등]에 관한 사항 []진료비 확인 요청 접수 []이의신청 접수 []심판청구(행정심판) 접수 []진료비영수증(진료받은기관) 제공에 관한 사항 ※ 상기 항목에 대해 위임 의사를 []안에 √ 표시하여 주시기 바랍니다.	

위의 확인대상 및 내용에 대한 사항을 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람(위임인) : (서명 또는 인)

위임받는 사람(수임인) : (서명 또는 인)

※ 첨부서류 : 위임하는 사람(긴급지원대상자) 신분증(주민등록증 등) 사본 1부

건강보험심사평가원장 귀하

총괄진료비정산내역서

(단위 : 원)

수진자 성명	생년월일	요양기호	요양기관명칭	진료기간	진료형태
					입원 <input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/>

구분	비급여및전액 본인부담총금액	정당 본인부담금	과다 본인부담금	검토제외	미수금	의료기관 미징수환불금	환불결정액
총계							

전액본인부담금							
비급여	선택진료료						
	선택진료료이외						

항목		정산내역금액			
		총금액	정당본인부담금	과다본인부담금	검토 제외
선택진료료	진찰료				
선택진료료 이외	MRI 진단료				

총괄 진료비 재정산 내역서

(단위 : 원)

수진자 성명	생년월일	요양기호	요양기관명칭	진료기간	진료형태
					입원 <input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/>

구분	비급여및전액 본인부담총금액	정당 본인부담금	과다 본인부담금	검토제외	미수금	의료기관 미징수환불금	환불결정액
재결정 총괄계							
원심 총괄계							

전액본인부담금							
비급여	선택진료료						
	선택진료료이외						

항목		정산내역금액			
		총금액	정당본인부담금	과다본인부담금	검토 제외
전액본인부담금	주사료				
선택진료료이외	입원료				
	투약 및 조제료				
	검사료				
	치료재료대				
	초음파진단료				
	기타				

진료비세부정산내역서

표1) 진료기간: <진료형태>: 미수금: (단위: 원)

비급여 및 전액본인부담내역	총량	총금액	정당 본인부담금	과다 본인부담금	검토제외	비고
계						

선택진료료	진찰료							
선택진료료 이외	입원료							

진료비 세부 재정산내역서

표1) 진료기간: <진료형태>: 미수금: (단위: 원)

비급여 및 전액본인부담내역		총 량	총금액	정당 본인부담금	과다 본인부담금	검토제외	비 고
재결정액							
원 심 결정액							
재결정 계							
선택진료료 이외	입원료	이의신청-					
		병실차액					
		병실차액					

진료비 확인 요청 취하서 ([] 개인 / [] 보장기관)

접수일자		접수번호	
------	--	------	--

요청인 / 보장기관	성명(기관명칭)	생년월일(기관기호)
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	주소	

진료받은 사람	성명	생년월일
---------	----	------

진료받은 기관	
---------	--

취하사유	연번	취하사유	확인
	1	병원으로부터 환불 받음	[]
	2	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	[]
	3	병원으로부터 회유·협박 등 강압적인 취하종용 받음	[]
	4	향후 진료상 불이익 우려	[]
	5	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	6	위 사유이외의 경우 구체적 사유기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

년 월 일

취하 신청자 성명

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

진료비 확인 이의신청서
([]개인 / []요양기관 / []보장기관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일
------	-----

이의신청 요청인	성명(기관명)	생년월일(기관기호)
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	주소	

진료받은 사람	성명	생년월일
	진료받은 기관	

진료비 확인 결과 내용	결과(※환불, 정당 등)	문서번호
	환불금 총액	이의신청 금액

이의신청 내용	이의신청 취지	
	첨부서류	

「국민건강보험법」 제87조에 따라 위와 같이 이의신청합니다.

년 월 일

신청자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

이 의 신 청 취 하 서 (요 양 기 관)

접수일자(접수번호)	
------------	--

요양기관	기관명칭	기관기호
	연락처	
	주소	

진료받은 사람	성명	생년월일
---------	----	------

취하사유	연번	취하사유	확인
	1	중복 요청	[]
	2	사후조사 결과 부정적으로 결정	[]
	3	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	4	위 사유 이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

년 월 일

취하 신청자(요양기관) 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

■ 건강보험분쟁조정위원회 운영규정 [별지 제1호서식]

행정심판 (건강보험 의료급여) 청구서

접수번호	접수일	
청구인 (처분을 받은 자)	성명	
	주소	
	주민등록번호(외국인등록번호, 법인등록번호, 요양기호)	
	전화번호	
<input type="checkbox"/> 대표자 <input type="checkbox"/> 관리인 <input type="checkbox"/> 선정대표자 <input type="checkbox"/> 대리인	성명	
	주소	
	주민등록번호(외국인등록번호)	
	전화번호	
피청구인 (처분을 한 자)	<input type="checkbox"/> 국민건강보험공단 (본부, 지역본부, 지사)	<input type="checkbox"/> 건강보험심사평가원 (본원, 본부)
처분 내용 또는 부작위 내용		
처분이 있음을 안 날 (이의신청 결정서를 받은 날)	년	월 일
심판청구 취지 및 청구 이유	(세부 사항은 별지로 작성 가능)	
처분청의 불복절차 고지 유무	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
처분청의 불복절차 고지내용		
증거 서류		

「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」 제30조의2에 따라 위와 같이 행정심판을 청구합니다.

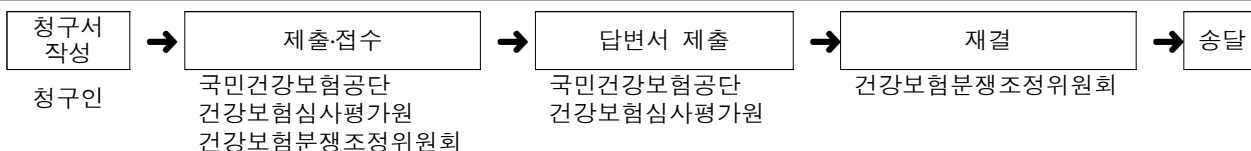
년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	1. 대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인의 자격을 소명하는 서류(대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인을 선임하는 경우에만 제출합니다.) 2. 주장을 뒷받침하는 증거서류나 증거물	수수료 없음
------	--	-----------

처리 절차



■ 건강보험분쟁조정위원회 운영규정 [별지 제2호서식]

행정심판 청구 취하서

접수번호	접수일		
사건번호		사건명	
청구인	성명		
	주소		
피청구인			
청구인과의 관계	[] 본인 [] 대표자 [] 관리인 [] 선정대표자 [] 대리인		
취하 취지			
취하 이유			

「건강보험분쟁조정위원회 운영에 관한 규정」 제4조에 따라 위와 같이 심판청구를 취하합니다.

년 월 일

취하인

(서명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	선정대표자가 취하하는 경우에는 다른 청구인들의 취하 동의서	수수료 없음
------	----------------------------------	-----------

처리 절차

취하서 작성



접수

취하인

건강보험분쟁조정위원회

환불금 지급계좌 통보서 ([] 신규 / [] 변경)

진료받은 사람	성명	생년월일
	진료받은 기관	
환불금 지급계좌	예금주 성명	금융기관/계좌번호
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	※ 진료받은 사람과 동일하십니까? [] 네 [] 아니오 환불금 지급계좌 예금주와 진료비 확인 신청자가 동일하지 않은 경우, 환불금 지급 요청 관련 동의서(환자 자필서명 또는 날인) 또는 위임장, 환자와의 관계를 확인할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)등을 첨부하여야 함	

위와 같은 사실을 통보합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

※ 첨부서류: 변경 후 통장(계좌번호 표시) 사본 1부.

건강보험심사평가원장 귀하