

## 20 년 한의약 난임치료 지원사업 치료비 청구서

청구금액	금 원			
청구내역	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 외 명의 치료비(명단 별첨)			
기관명			대표자	
기관주소				
전화번호			사업자 등록번호	
은행명		계좌번호		예금주
비고				
<p>위와 같이 청구합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">청 구 인                      한의원장                      (서명 또는 날인)</p> <p>○○구 보건소장 귀하</p>				
<p>※ 첨부서류: 1. 진단 및 치료계획서 1부. 2. 경과관찰기록지 1부. 3. 한의약 난임치료 확인서 1부. 4. 진료비 납입 확인서 1부. 5. 사업자등록증(신규 및 변경 시) 및 통장사본(매번 제출) 1부.</p> <p>※ 시술비 지급청구는 시술완료 후 관련서류를 첨부하여 보건소로 청구</p> <p>※ 청구기한: 협약 신청 후(2주) ~ 최대 2개월 이내</p>				

【첨부16\_한의원\_2023추가: 건강보험공단양식】

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제12호의2서식] <개정 2015.5.29.>

## 진료비(약제비) 납입 확인서

환자 성명							주민등록번호			
진료·조제일자 (진료기간)	구분 (입원, 외래)	진료비(약제비) 내역						소득공제 대상액		
		총액 (①+②+③+④)	급여			비급여	본인 부담 총액 (②+③+④)	카드	현금 영수증	현금
			일부 본인부담		③ 전액 본인 부담	④ 본인 부담금				
			① 공단 부담금	② 본인 부담금						
계										
		소득공제 대상액 총계								
요양기관 종류	<input type="checkbox"/> 의원급·보건기관 <input type="checkbox"/> 병원급 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 약국·한국희귀의약품센터									
사업자등록번호				상호			전화번호			
사업장 소재지							대표자	[인]		
		20    년    월    일								