

## 요양급여의뢰서

건강보험증번호(사업장기호)			
가입자 또는 세대주	성명	주민등록(관리)번호	
환자	성명	주민등록(관리)번호	
주소	(전화 : )		
진료과목	진료의사명		
진료예약일시	20 년 월 일 시 분		
상 병 명	상병분류기호		
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	1. 입원 2. 외래
환자 상태 및 진료소견 (구체적으로 기술)			
<p>국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제6조제3항의 규정에 의하여 위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">요양기관 기 호:</p> <p style="text-align: center;">소재지:</p> <p style="text-align: center;">대표자: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 5px;">인</span></p> <p style="text-align: center;">담당의사 성명: (서명 또는 인)</p> <p>요양기관대표자 귀하</p>			
<p>주 : 1. 이 요양급여의뢰서는 요양급여를 행함에 있어 적절한 요양급여를 위하여 다른 요양기관으로 의뢰하는 경우에 담당의사로부터 무상으로 교부됩니다.</p> <p>2. 환자상태 및 진료소견란에는 현증상, 검사, 투약 등 주요진료내용을 구체적으로 기재하기 바라며, 해 당란이 부족한 때에는 뒷면을 활용하기 바랍니다.</p>			