

급여제한 여부 조회서 (사고부상, 교통사고 등)

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

|                                     |  |                                                      |  |                             |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 접수번호                                |  | 접수일                                                  |  | 처리기간                        |  |
| 수신기관명(관할지사)                         |  |                                                      |  | 건강보험증번호                     |  |
| 가입자 또는 세대주                          |  | 성 명                                                  |  | 주민등록번호                      |  |
| 환 자                                 |  | 성 명                                                  |  | 주민등록번호                      |  |
|                                     |  | 주 소<br>(전화 : )                                       |  |                             |  |
| 진 료 구 분                             |  | [ ]입원 [ ]외래                                          |  | 진료(조제투약)기간<br>. . . ~ . . . |  |
| 발 생 원 인                             |  | 사고부상 [ ]근무중사고 [ ]넘어짐 [ ]폭행 [ ]자해<br>[ ]레저활동 [ ]기타( ) |  |                             |  |
|                                     |  | 교통사고 [ ]운전중 [ ]보행중 [ ]기타( )                          |  |                             |  |
| 발 생 장 소                             |  | [ ]가정 [ ]회사내 [ ]공사현장 [ ]학교 [ ]음식점<br>[ ]도로 [ ]기타( )  |  |                             |  |
| 내 원 일 시                             |  | 년 월 일 시 분(24시간제)                                     |  |                             |  |
| 내 원 방 법                             |  | [ ]119 [ ]사설응급차량 [ ]기타( )                            |  |                             |  |
| 상 병 명                               |  | 상병분류<br>기 호                                          |  | 상병외인<br>분류기호                |  |
| 조 회 사 유<br>(난이 부족한<br>경우 뒷면 활<br>용) |  |                                                      |  |                             |  |

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제4조제1항에 따라 위 환자에 대한  
요양급여제한 여부를 조회하오니 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

요양기관 명칭(기호):  
소재지:  
대표자: [인]

국민건강보험공단이사장 귀하

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| 유의사항                                                                             |
| 1. 이 조회서는 요양기관이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부를 공단에 송부하면, 공단은 급여제한 여부를 결정하여 요양기관에 통보합니다.  |
| 2. 요양기관은 우선 요양급여를 하고 이 조회서를 지체 없이 공단에 조회하여야 하며, 공단은 7일(공휴일 제외) 이내에 이를 회신하여야 합니다. |

조 회 사 유