

건강보험 기침유발기 급여대상자 등록 신청서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다.

(앞 면)

	성명	주민등록번호 등	건강보험증번호
①수진자	전화번호 (자택) (휴대폰)	등록결과통보(SMS) [] 예 [] 아니오	

② 요양기관 확인란	진료과목		진단확인일	
	상병명		상병코드	
	환자상태 및 진료소견	1. [] 인공호흡기 사용자(건강보험 급여대상자) 2. [] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [] 없음 [] 있음() ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하(L/min) [] 아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시) <input type="checkbox"/> 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 <input type="checkbox"/> 만 6세 이하의 소아 <input type="checkbox"/> 의식 저하 <input type="checkbox"/> 인지기능 저하 <input type="checkbox"/> 기관절개		
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함				
요양기관명(기호) : ()			년 월 일	(요양기관 직인)
담당의사성명(면허번호) : (제 호)				
전문과목(전문의 자격번호) : (제 호)				(서명 또는 인)

위와 같이 건강보험 기침유발기 급여대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수진자와의 관계 () 전화번호 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

건강보험 기침유발기에 대한 요양비 지급과 관련하여 공단이 본인의 1. 성명, 2. 민감정보(상병 등) 3. 고유식별 정보(주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호)를 처리하는 것에 동의합니다.

④본인 (서명 또는 인)