

건강보험 인공호흡기 급여대상자 등록 신청서

(앞 면)

①수진자	성명	주민(외국인)등록번호	건강보험증번호
	전화번호 (자택) (휴대폰)	등록결과통보(SMS) [] 에 [] 아니오	
②요양기관 확인란	진료과목		진단확인일
	확인사항	상병코드	상병명
	상병별 검사방법 (※해당사항에 √ 표시)	1. 인공호흡기 요양비 지급대상 상병(별표4의2) 해당 여부 <input type="checkbox"/> 에 <input type="checkbox"/> 아니오 2. 상병별 진단기준에 따른 검사 실시 (해당 번호에 √ 표시) ① 영상검사 <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 심초음파(심도자) <input type="checkbox"/> 기타() ② 특수생화학 / 면역학적 검사, 도말 / 배양검사 ③ 유전학적 검사 ④ 조직학적 검사 ⑤ 임상 진단 <input type="checkbox"/> 폐기능검사 <input type="checkbox"/> 수면검사 <input type="checkbox"/> 그 외() ⑥ 기타 특수검사 <input type="checkbox"/> 근전도검사 <input type="checkbox"/> 뇌파검사 <input type="checkbox"/> 그 외()	
	환자상태 및 진료소견 (※해당사항에 √ 표시)	1. 고이산화탄소혈증 2가지 이상의 임상증상 (<input type="checkbox"/> 제외: 의식저하 등으로 의사표현이 불가능하여 임상증상 파악이 어려움) <input type="checkbox"/> 숨이 참 <input type="checkbox"/> 피로감 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 정신이 맑지 못하고 멍함 <input type="checkbox"/> 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 잠, 혹은 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 <input type="checkbox"/> 불안하여 안절부절 못함 <input type="checkbox"/> 빈맥 2. 이산화탄소 분압 검사(최소 한 가지 이상) <input type="checkbox"/> 동맥혈 가스 검사에서 이산화탄소분압이 45mmHg 이상 <input type="checkbox"/> 호기말 이산화탄소 분압이 40mmHg 이상 ※ 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부	
	3. <input type="checkbox"/> 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 상기 1,2 검사 불가능(의사소견서로 대체)		
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 년 월 일 </div> 영양기관명(기호) : () (요양기관 직인) 담당의사성명(면허번호) : () 전문과목(전문의 자격번호) : () (서명 또는 인)			

위와 같이 건강보험 인공호흡기 급여대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수진자와의 관계 () 전화번호 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

본인은 상기와 같이 건강보험 인공호흡기 급여 대상자로 선정·등록된 자로,

1. 개인정보(성명, 주민·외국인등록번호 등), 2. 민감정보(상병 등) 3. 고유식별정보(주민·외국인등록번호 등)를 처리할 것을 동의하며, 이 내용은 정보의 변경 신고(신청)에도 유효합니다.

④본인 (서명 또는 인)

유의사항

1. 요양기관 확인란의 **확인사항을 모두 충족하여야 건강보험 인공호흡기 급여 대상자로 등록**이 가능합니다.
2. 별표 4의2에 속한 상병 및 검사항목 및 검사(진단)기준은 국민건강보험공단 요양기관 정보마당(www.nhis.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
3. 등록 신청서는 반드시 **신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 결핵과, 흉부외과 전문의가** 발행하여야 합니다. 소아의 경우 **소아청소년과 전문의가** 발행할 수 있습니다.

작성방법

- ① : 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
 - 기재한 휴대전화번호로 등록결과 SMS 수신여부를 기재합니다.
- ② : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
 - 가. 별표 4의2에 속하는 상병 중에서 각 상병별 검사항목 및 검사(진단)기준을 충족하면서 별표 5의 인공호흡기 요양비 지급 대상자 기준을 만족해야 합니다.
 - 나. 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
 - 단, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 1. 2검사가 어려운 경우에는 3에 표시한 후 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서로 대체 가능합니다.
- ③ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
 - 수진자(진료를 받은 자)
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족 및 형제자매이거나 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- ④ : 반드시 수진자 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.
 - 수진자가 미성년자일 경우, 「민법」 제5조에 따라 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 동의할 수 있습니다.

처리절차

