

의료비 지원 신청서

1. 신청인 정보

성명		생년월일		연락처	
주소					

2. 대상자 정보 (신청인과 다른 경우)

성명		생년월일		신청인과의 관계	
----	--	------	--	----------	--

3. 지원 신청 내역

진료기관	진료 기간	총 진료비	본인부담금	신청 금액

4. 지급 계좌

은행		예금주	
계좌번호			

5. 제출 서류

- 진료비 영수증 1 부
- 진료비 세부내역서 1 부
- 통장 사본 1 부
- 신청인 신분증 사본 1 부

위 신청인은 의료비 지원 신청 및 심사 목적으로 개인정보를 수집·이용하는 데 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

※ 개인정보(건강정보 포함)의 수집 목적은 의료비 지원 신청 심사이며, 보유기간은 관계 법령에 따라 보관한 후 파기합니다.

※ 지원 대상·한도·심사 기준은 지원 기관마다 다르므로 담당 기관에 문의하십시오.

※ 본 서식은 참고용이며, 의학적 설명과 판단은 담당 의료진이 수행합니다. 기관별 양식이 따로 있는 경우 해당 기관 양식을 사용하십시오.