[서식 13] [의료급여법 시행규칙 별지 제3호서식] 〈개정 2017.1.1〉

의료급여의뢰서

(앞쪽)

사용 구분 (해당 항목 [ ]에 ✔표기)	[ ] 선택의료급여기관 미적용자를 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항에 따른 의료급여 진료절차) ※ 노숙인진료시설인 경우 추가 표기 [ ] 노숙인진료시설인 제1차/제2차의료급여기관에서 다른 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관으로 의뢰 [ ] 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 제3차의료급여기관으로 의뢰
	[ ] 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호다목에 따른 의료급여 진료절차)
	[ ] 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 후 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호라목에 따른 의료급여 진료절차)

보장기관기호		보장기관명				
세대주성명		생년월일				
수급권자성명		주민등록번호				
주 소		전화번호				
상병명		상병분류기호				
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래			
환자상태 및 진료의견						

「의료급여법」 제7조제2항과 같은 법 시행규칙 제3조제3항 및 별표 1에 따라 위와 같이 의료급여를 의뢰합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

의료기관 명칭: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

1. 환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 검사, 투약 등 주요 진료내용을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.
2. 수급자는 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]