

<https://www.hira.or.kr>

발 간 등 록 번 호

G000C95-2024-030



긴급의료지원비 확인서비스안내



본 편람은 민원처리규정 제11조의 1(민원편람의 비치 등 신청편의의 제공)에 의거하여 국민건강보험법 제48조 및 의료급여법 제11조의3, 긴급복지지원법 제9조의 규정에 의한 긴급의료지원비의 『요양(의료)급여 대상여부의 확인 (진료비 확인)』 서비스를 시·군·구청에서 효율적으로 활용할 수 있도록 제작하였습니다.

〈목차〉

제1장 긴급의료지원사업 안내

1. 지원대상자	1
2. 지원내용	2
3. 지원방법 및 절차	2
4. 지원금액 및 지원범위	3
5. 지원기간(횟수)	4

제2장 긴급의료지원비 확인요청 안내

1. 긴급의료지원비 확인요청 서비스	5
2. 확인요청 대상	5
3. 확인요청 업무범위	6
4. 확인요청자의 범위	6
5. 확인요청 신청방법	6

제3장 긴급의료지원비 확인 접수·처리

1. 긴급의료지원비 확인 신청서류	7
2. 처리기한	8
3. 처리절차	8
4. 환불금 배분방법	10
5. 긴급의료지원비 확인 취하	10

제4장 환불금 지급 안내

1. 환불금의 의미	11
2. 환불금의 지급절차	11

제5장 이의신청 및 심판청구 안내

1. 이의신청	12
2. 심판청구	12

부록

1. 행복e음 긴급의료지원비 확인요청 사용자 매뉴얼	14
2. 긴급의료지원비 확인요청 체크리스트	32
3. 긴급의료지원비 확인요청 서류 작성 가이드	33
4. 긴급의료지원비 확인요청 관련서식	70
5. 관련법령	80
6. Q&A	87

1 긴급의료지원사업 안내

1 지원대상자

- 수술 또는 입원이 필요한 중한 질병 또는 부상을 당해 발생한 의료비를 감당하기 곤란한 사람

- ① 만성적으로 앓고 있는 질병¹⁾(요양, 재활치료, 치과, 기타 척추병증, 기타 추간판장애, 무릎관절증 및 척추성질환, 알코올성 간질환 등)은 원칙적으로 지원대상이 되지 않음.
 - 다만, 「의료법」 제17조(진단서등)를 통해 갑자기 악화되어 수술 또는 입원이 필요할 정도의 긴급한 진료가 필요하다고 시·군·구청장이 인정하는 경우 의료지원 가능
- ② 암환자, 희귀난치성 질환자는 우선 암환자(소아·성인) 의료비지원, 희귀난치성 질환자 의료비지원 사업에 의해 보건소에서 지원받을 수 있도록 안내함
 - 다만, ㉠ 암환자, 희귀난치성 질환자가 보건소에서 위 지원대상이 아닌 경우, ㉢ 보건소 예산 소진으로 지원 불가한 경우 (보건소에 협조 공문 시행하여 보건소에서 익년도 예산 확보에 따른 소급지원이 발생하지 않도록 조치 필요) 지원 가능
- ③ 긴급의료지원 이외에 다른 사업(암환자, 희귀난치성질환지원, 재난적의료비 등)에 선정된 경우 긴급지원 제외됨이 원칙이나, 통상 타 의료비 지원의 사후지급 특성을 감안해 퇴원 전 의료비를 감당하기 어렵다고 인정되는 경우 긴급지원 가능
- ④ 기초의료급여 수급자는 원칙적으로 긴급지원대상자가 될 수 없음. 다만, 예외적으로 수술 또는 중환자실 이용 등 긴급한 사유로 의료비를 감당하기 어려운 경우에 의료지원 가능
- ⑤ 자살시도자의 부상에 대하여 의료지원 가능
- ⑥ 알코올 중독, 치매 등 정신 및 행동장애(F00-F99)는 원칙적으로 지원 불가

- 지원 요청 후 사망한 자 포함

- 동일 상병 기지원자 제외. 단, 동일 상병이라도 지원종료 후 2년이 경과한 경우에는 재지원 가능

※ 동일 상병의 기준: 통계청 질병분류 사인코드 상 3자리 코드(예: K85) 단, 환부의 위치가 명확하게 구분되는 경우 각각의 지원 인정

- 상이한 상병일 경우, 기 의료지원 종료시점과 관계없이 다시 의료지원 가능

1) 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제22조에 따른 만성고시질환을 포함한 만성질환*을 뜻함.

* 만성질환의 특징: 의학적으로도 명백히 분류되어 있지 않으나 ① 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간의 경과존재 ② 호전과 악화를 반복하며 점점 악화로 진행 ③ 퇴행성이란 어휘가 의미하듯 대부분의 만성질환은 연령증가와 비례적으로 그 유병률이 증가 ④ 결핵, 백혈병 등 몇몇 질환군을 제외하면 발병원인이 명확하게 알려진 것은 거의 없음(출처: 보건소 만성병 관리개발, 2004, 서울대학교 간호대학·보건복지부)

2 지원내용

❖ 각종 검사 및 치료 등 의료서비스 및 약제비 지원

3 지원방법 및 절차

- ❖ 원칙: 퇴원전 요청(단, 입원당시 유선 연락, Fax 등으로 관할 시·군·구에 증빙서류를 제출해 명백히 지원요청 의사를 밝힌 경우 예외적으로 퇴원 후 지원 가능)
 - 의료지원 요청이 있을 경우, 진단서 등 서류와 현장확인을 통해 지원 여부를 결정
 - 의료서비스를 제공한 의료기관 또는 약국(이하 “의료기관 등”)에 소요된 비용을 지급

❖ 지원절차

- ① 의료지원 요청 → ② 현장확인 등으로 대상자 여부를 확인(3일 이내)한 후 지원결정통보(의료지원 대상자 및 의료기관 등) → ③ 병원 입원 등 진료, 처방약물 조제 등 → ④ 의료기관 등이 의료서비스 제공에 소요된 비용을 **긴급지원비용 청구서**에 따라 청구²⁾ → ⑤ 시·군·구청장이 의료기관 등에 지급

※ 시·군·구청장은 의료기관 등(약사법에 따라 등록된 약국은 제외)에서 건강보험환자 진료비를 청구한 경우 반드시 G코드(긴급복지 의료지원 대상자)입력 할 수 있도록 안내
⇒ **요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령(보건복지부 고시 제2017-41호) 참조**
(사회보장정보시스템-긴급복지-지원대상자 지원관리-지급내역등록)

2) 긴급의료지원 지급에 대한 소멸시효 안내

- * 5년전 의료기관으로 지원대상자로 결정통보를 받았으나, 병원에서 청구하지 않은 미지급 건에 대해 현재 시점에서 의료비 청구를 하는 경우
- * 민법 제163조(3년의 단기소멸시효)에 의하여 의료인이 병원에서 진료한 채권 소멸시효기간은 3년으로 정하고 있음. 따라서, 소멸시효(환자의 퇴원일로부터 기산)가 끝난 경우 이를 지급할 의무가 없음

4 지원금액 및 지원범위

- ❖ 300만원의 범위 내에서 의료기관 등이 긴급지원대상자에게 제공한 의료서비스 비용 중 약제비, 본인부담금 및 비급여 항목에 대하여 지원
 - 지원의 우선순위는 급여 중 일부본인부담금, 급여 중 전액본인부담금, 비급여 순서로 지원('본인부담상한제'³⁾ 적용이 삭제된 '21.1.1. 요청분부터)
 - 수술 또는 입원이 필요한 중한 질병·부상에 따른 수술, 입원진료 및 당일 외래수술 지원(수술에 준하는 시술 포함, 당일 외래진료는 입원 및 수술 진료와 연계되는 경우에 한하여 인정)
- ❖ 지원제외: 간병비, 의료소모품 구입비, 보조기 또는 의료기기 구입비, 제증명료, 보호자 식대, 구급차 이용료, 비급여 도수치료비·중식치료비·추나요법, 비급여 식대, 비급여 입원료(특실 및 1인실 비용*)
 - * 감염예방을 위해 1인실 사용이 불가피함이 진단서 상 명시된 경우 예외적으로 지원 가능
- ❖ 지원이 결정된 질병에 대한 입원에서 퇴원까지 검사, 치료에 소요된 비용을 지원하되 퇴원 전에 긴급의료지원을 요청해야 지원 가능
 - 지원범위에 해당하는 의료비를 기납부(중간정산)한 경우에는 긴급지원 대상자에게 직접 지급할 수 있음
 - 지원대상자가 본래 진료과에서 긴급한 치료가 종료되어 진료과를 옮긴 경우에는 지원이 종료됨
 - * (예시) 중한 부상으로 정형외과로 입원한 자가 치료가 종료되어 재활과로 옮긴 경우 등
 - 지원요청 후 치료의 목적상 의사나 수술장비 부재 등으로 불가피하게 다른 의료기관에 이송될 경우, 지원결정 받은 의료기관의 전원의뢰서 등 관련 서류를 징구·검토하여 이송의 타당한 사유가 확인된다면 전원횟수와 상관없이 긴급의료지원금 범위 내에서 지원 가능
- ❖ 긴급의료지원대상자 중 사보험 가입자의 경우 시·군·구청장은 해당 보험사로 부터 수령 또는 수령할 보험금액을 차감한 의료비를 의료기관 등에 지급
 - 보험금이 지급될 것이 예상됨에도 실제 지급될 보험금액을 알 수 없어 보험금액을 차감한 의료비를 지급하기 곤란한 경우에는 예외적으로 긴급지원 대상자가 의료기관에 의료비를 우선 납부하게 하고, 보험금 수령 이후 그 차액을 대상자에게 직접 의료지원 가능

3) 본인부담상한제: 국민건강보험공단의 사업으로, 「국민건강보험법」 제44조 및 같은 법 시행령 제19조에 따라 당해 연도에 환자 본인이 부담한 연간 의료비를 다음해 8월말경 최종합산해 보험료 수준의 상한액을 초과한 금액에 대해 환자에게 환급해 주는 제도

- 다만 긴급지원대상자가 의료기관에 의료비를 우선 지불할 능력이 없는 경우에는 의료기관에 의료비를 지원하되, 추후 긴급지원대상자가 보험금을 수령 받은 이후, 이미 지원한 의료비 중 보험금에 해당하는 금액을 시·군·구에 반납 조치
- 의료지원 요청 후 긴급지원대상자가 사망하여 법정상속인이 사망보험금을 수령할 것이 예상되는 경우, 의료비 청구금액에서 수령 또는 수령할 사망 보험금액을 차감한 잔여금액에 대해 의료기관 등에 지급

❖ 지원금액이 10만원 미만의 소액인 경우 지원하지 않음

5 지원기간(횟수)

❖ 원칙: 1회 지원

❖ 추가연장

- 1회 지원 후에도 위기상황이 계속되는 경우에는 긴급지원심의위원회의 심의를 거쳐 1회 추가연장 가능
 - * 다만, 긴급지원심의위원회 심의를 통한 추가연장에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액(300만원 이내)을 초과하여 의료기관 등에 일괄 지급할 수 없음에 유의
- 퇴원 전에 연장 여부를 결정하여야 하나 부득이한 사정으로 퇴원이 임박하여 연장 요청을 하는 경우 퇴원 후 심의 가능

1

긴급의료지원비 확인요청 서비스

- ❖ 시·군·구청장이 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따라 위기상황에 처한 지원대상자에게 지원한 긴급복지지원 의료지원금(이하 '긴급의료지원비') 중 비급여 진료비(전액본인부담진료비 포함)가 법령에서 정한 기준에 맞게 부담되었는지를 확인하여, 더 많이 낸 비용이 확인되면 시·군·구청 및 환자가 이를 되돌려 받을 수 있도록 도와주는 서비스

<근거법령>

- * 「국민건강보험법」 제48조(요양급여 대상여부의 확인 등)
- * 「의료급여법」 제11조의3(급여대상 여부의 확인 등)

<목적>

긴급지원대상자를 대신해 권한위임 받아 의료(요양)기관에서 청구한 비용이 과다한 본인부담금 징수에 해당하는지 확인하기 위해 '건강보험심사평가원'에 요청함으로써 긴급지원대상자의 권익 보호 및 국고의 재정누수 방지

2

확인요청 대상

- ❖ 적용대상: 긴급의료지원비 중 비급여 진료비(전액본인부담진료비 포함) 지원 금액이 **150만원 이상인** 의료지원 대상자

< 금액 기준 >

[300만원 지원 우선순위]

- ① 급여 중 일부본인부담금
- ② 급여 중 전액본인부담금
- ③ 비급여 금액

[비급여 금액 150만원 이상 건 선정 기준]

- 의료비지원총액 - 급여 중 일부본인부담금 = 비급여 금액(전액본인부담진료비 포함)
- 실제 비급여 금액(전액본인부담진료비 포함)이 150만원 이상일 경우
진료비 확인요청 대상

3 확인요청 업무범위

❖ 긴급의료지원비 확인요청 범위

- 긴급의료지원비 확인은 진료비계산서·영수증의 진료비 중 비급여 진료비 (전액본인부담진료비 포함)을 확인

4 확인요청자의 범위

❖ 보장기관(시·군·구청장)

- 지원대상자가 진료받은 의료기관 등*에게 긴급의료지원비를 지원한 시·군·구청장
- * 의료기관 등: 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원, 약국, 보건소, 보건지소 등

❖ 국민(지원대상자 등)

- 지원대상자(환자) 본인
- 지원대상자(환자)의 법정대리인 또는 가족⁴⁾
- 지원대상자(환자)과 동일 건강보험증에 등재되어 있는 사람
- 지원대상자(환자) 본인 및 지원대상자(환자)의 법정대리인 또는 가족에 해당하는 사람이 불가피한 사유가 있어 요청이 어려운 경우로 심사평가원이 인정하는 사람

※ 진료비 확인을 시·군·구청에 위임하지 않고 지원대상자가 직접 신청하고자 할 때는 구비서류 안내 등 행정사항은 건강보험심사평가원과 연계

5 확인요청 신청방법

❖ 사회보장정보시스템(행복e음) <권장>

- 긴급복지 → 지원대상자지원관리 → 비급여진료비 심사대상 관리

❖ 인터넷 (권장): 서류를 다운받는 곳

- 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 서류서식

❖ 서면자료 발송 (우편, FAX, 전자문서 등)

- 필요서류를 우편, FAX, 전자문서를 통하여 건강보험심사평가원으로 발송

❖ 방문 접수

- 필요서류를 가까운 건강보험심사평가원 본원·본부로 제출

4) **민법 제779조(가족의 범위)** ① 다음의 자는 가족으로 한다.

1. 배우자, 직계혈족 및 형제자매
 2. 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- ②제1항제2호의 경우에는 생계를 같이 하는 경우에 한한다.

1

긴급의료지원비 확인요청 신청서류

 행복e음, 인터넷을 통하여 신청하는 경우

< 편철순서 >

- ① 요양급여 대상여부 확인 요청서(보장기관) 1부
- ② 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공 동의서 1부
- ③ 진료비 확인 요청 위임장(보장기관) 1부
 - * ①, ②, ③ 서식위치 : 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조화·신청 → 진료비확인 → 서류서식
- ④ 가족관계 증명서류 1부
 - * 지원대상자와 통보받을 자가 다른 경우 해당
- ⑤ 긴급의료지원 내역서(급여, 비급여 구분 필요) 1부
 - * 부록 긴급의료비지원 내역서 작성 예시 참조
- ⑥ 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비) 납입 확인서 1부
 - * 반드시 퇴원 영수증 첨부

 서면으로 신청하는 경우(우편, FAX, 전자문서, 방문)

< 편철순서 >

- ① 요양급여 대상여부 확인 요청서(보장기관) 1부
- ② 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공 동의서
- ③ 진료비 확인 요청 위임장(보장기관) 1부
 - * ①, ②, ③ 서식위치 : 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조화·신청 → 진료비확인 → 서류서식
- ④ 가족관계증명 서류 1부
 - * 지원대상자와 통보받을 자가 다른 경우 해당
- ⑤ 긴급의료지원 내역서(급여, 비급여 구분 필요) 1부
 - * 부록 긴급의료비지원 내역서 작성예시 참조
- ⑥ 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비) 납입 확인서 1부
 - * 반드시 퇴원 영수증 첨부

※ 신청서류의 정보(수진자의 주소, 계좌정보 등 작성정보 일체)가 불일치할 경우 위임 받은 자의 올바른 신청서류의 정보를 재확인해야 함

※ 부록 4-1, 4-2, 4-3 참고

2 처리기한

- 긴급의료지원비 확인 처리기한은 접수일로부터 15일 이내이며, 아래의 기간은 처리기간에서 제외 <건보법 시행규칙 제22조의3, 의료급여법 제23조의2>

< 긴급의료지원비 확인 처리기간에 포함되지 않는 기간 >

- ① 요청서 내용의 보완 및 필요자료 제출에 소요되는 기간 (1차: 10일, 2차: 7일)
 - 확인신청자에게 문서 발송한 날부터 보완되어 심사평가원에 도착한 날
- ② 의료기관 등에 자료요청 및 제출에 소요되는 기간 (1차: 10일, 2차: 7일)
 - 의료기관 등에 자료요청 문서 발송한 날부터 자료가 심사평가원에 도착한 날
- ③ 진료심사평가위원회 등의 심의 또는 의결이 필요한 경우 그에 소요되는 기간
- ④ 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조 및 제3조에 따른 공휴일, 토요일

3 처리절차

절 차	담당부서 및 내용
요청서 작성 제출	- 시·군·구청장 또는 지원대상자가 요청서를 건강보험심사평가원에 제출 * 접수: 행복e음, 인터넷(모바일 포함), 서면(우편, 모사전송, 전자문서 등), 직접방문 등
요청서(요건) 심사 및 접수	- 제출한 요청서에 대한 서류 검토 및 접수 처리 - 미비서류 보완요청 (1차: 10일, 연장: 7일)
심사 담당자 지정	심사 담당자 지정(접수 → 심사, 담당자 변경)
의료기관 등 자료제출	- 진료기록부 및 세부진료내역 등을 의료기관 등에 자료요청 (1차: 10일, 2차: 7일) - 의료기관 등에 추가 자료요청 (1차: 7일, 2차: 7일)
진료비 심사 및 결정	- 심사기준에 의거 비급여 진료비 여부 확인 및 진료비심사위원회 자문 등 - 확인심사 결정 (환불, 정당) 및 결정통보 (민원인, 의료기관 등, 보장기관)
이의신청 심판청구 (행정심판)	- 확인심사 결과회신에 대하여 이의가 있는 경우에는 의료기관 등 또는 시·군·구청장 또는 지원대상자가 이의신청 및 심판청구(행정심판) 제기 * 이의신청(국민, 90일 이내/의료기관 등, 30일 이내), 심판청구 및 행정심판(국민·의료기관 등, 90일 이내)
환불금지급	- 의료기관에서 요양기관업무포털을 통해 결과 통보를 받은 날로부터 10일 이내에 지급방법 선택(공체처리, 자체환불 등) - 의료기관 등에서 선택한 지급방법에 따라 환불금 지급 통보안내(건보공단, 의료기관 등)
사전·사후관리	- 사전 관리: 종합병원급 이상 분기별 민원현황통보(처리 현황) 안내 - 사후 관리: 사후관리지표에 따른 급여조사실 현지조사 의뢰 및 현지방문 계도

❖ 긴급의료지원비 확인 요청서 (요건)심사 및 접수

- 접수 담당자가 진료비 확인 접수를 받아 기본 세부항목(성명, 주소, 연락처, 주민등록번호, 계좌번호 등)과 신청서류(요양급여 대상 여부 확인 요청서, 진료비 계산서·영수증 등) 등 확인 점검
- 자료요청: 신청 서류를 점검하여 누락된 서류가 확인된 경우 필요서류 제출 안내를 문서(필요시 유선안내)로 통보

❖ 진료자료 요청 안내

- 의료기관 등 자료요청: 진료기록부, 검사결과지 등 의료기관 등에 대해 요청함
 - * 진료비 확인의 정확한 업무 처리를 위하여 해당 의료기관 등에 자료요청은 반드시 필요함

< 필요 자료 >

- ① 진료기록부 사본 (비급여 전액본인부담 세부내역과 관련된 자료를 선별하여 제출)
- ② 요양급여비용명세서 사본 1부
- ③ 비급여, 전액본인부담 내역에 대한 구체적인 내역서 및 사유, 처리근거
(요양급여/전액본인부담 항목인 경우 해당 EDI 코드)
- ④ 치료재료구입목록
- ⑤ 선택진료를 확인할 수 있는 근거자료
- ⑥ 상급병실을 확인할 수 있는 근거자료
- ⑦ 신의료기술 등의 신청 및 관련근거 자료 전부
- ⑧ 허가초과 사용약제 비급여 사용 신청내역서
- ⑨ 소견서, 동영상 자료 등 기타

- 진료비 확인 중 추가자료가 필요한 경우 의료기관 등에 요청을 할 수 있음

❖ 진료비 확인(필요시 진료심사평가위원회 심의 또는 의결)

- 의료기관 등에서 자료제출이 완료되면 각 심사담당자의 확인심사가 진행되며, 의학적 판단이 요구되는 사항은 진료심사평가위원회(전문심사위원) 등의 심의 또는 의결

❖ 확인결과 안내

- 확인 결과는 보장기관, 환자, 의료기관 등에 문서 또는 이메일로 안내 하며, SMS는 별도로 신청할 경우 SMS 안내
- 안내방법
 - * 긴급의료지원비 확인 결과 회신은 접수 당시 요청서에 작성하신 방법(우편, 이메일, SMS 수신동의체크)에 따라 안내, 시·군·구에서는 행복e음을 통해 신청한 건은 행복e음에 확인 가능
 - * 보장기관의 경우, 필요 시 전자 유통 문서 시행

- 주요 결과 회신 내용

정 당	환 불
의료기관 등에서 기준에 맞게 비급여 진료비를 산정하여 정당하게 지불한 건	건강보험 적용기준에 의한 진료비용 외의 비용을 시·군·구청 및 환자가 의료기관 등에 과다하게 지불한 건

4 환불금 배분 방법

❖ 확인결과 발생한 환불금(과다본인부담금) 배분

- 지원제외 항목⁵⁾에 대한 금액을 뺀 나머지 비급여진료비를 긴급지원금과 긴급지원대상자의 실제부담액의 분담비율에 따라 보장기관과 긴급지원대상자의 환불금 배분

* 지원제외 항목에서 발생한 환불금은 긴급지원대상자 환불금에 포함

〈예시〉 비급여총액 500만원(긴급지원액200만원 + 환자 실제부담액300만원)

• 지원제외 항목의 금액(비급여 입원료 등)
→ 비급여금액 100만원

»

• 환불금 20만원 발생
(수진자 환불액에 포함)

• 지원 대상 금액: 비급여금액 400만원
→ 긴급지원액(비급여) 200만원,
환자부담액(비급여) 200만원

»

• 환불금 80만원 발생
(긴급지원액 VS 환자부담액 비율로 배분)

○ 보장기관 환불금: 환불금 80만원 X 50% = 40만원

※ 50% = 긴급지원금 200만원/지원대상비급여 금액 400만원 X 100

○ 수진자 환불금: 20만원(지원제외항목에서 발생한 환불금) + 환불금 80만원 X 50% = 60만원

※ 50% = 환자부담액 200만원/지원대상비급여 금액 400만원 X 100

5 긴급의료지원비 확인 취하

❖ 긴급의료지원비 확인 요청의 취하는 취하서 작성 후 제출(부록 4-4)

- 인터넷: 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 서류서식
- 우편 및 FAX: 필요서류는 우편 또는 FAX를 통해 발송
- 직접방문: 필요서류 준비 후 가까운 건강보험심사평가원 고객상담실로 방문

5) 비급여 입원료, 비급여 선택진료료, 의료급여 식대, 간병료, 계증명료, 상급병실료 등

1

환불금의 의미

- 긴급의료지원비 확인 결과 관련 법령에서 정한 진료비용 외의 비용을 보장기관 및 긴급지원대상자가 과다하게 지불한 경우가 확인되었을 경우 환불되는 금액을 의미함

2

환불금의 지급절차

● 지급방법 선택

- 환불금이 발생 했을 경우 의료기관 등이 10일 이내에 지급방법(공제처리, 자체환불)을 선택하도록 안내
 - * 자체환불: 의료기관 등에서 보장기관 및 긴급지원대상자의 은행계좌로 직접 입금
 - * 공제처리: 건강보험심사평가원이 국민건강보험공단에게 환불금 공제의뢰 후 국민건강보험공단은 보장기관 및 긴급지원대상자의 은행계좌에 직접 입금
- 의료기관 등이 10일 이내에 지급방법(공제처리, 자체환불)을 선택하지 않으면 국민건강보험공단에 공제처리 의뢰

● 처리결과 안내

- 의료기관 등에서 선택한 지급방법에 따라 건강보험심사평가원의 처리 후 보장기관, 긴급지원대상자 및 의료기관 등에 안내
 - * 환불결정 통보 후 환불금을 지급받기 위한 진료비 확인 요청자에게 필요한 별도 신청절차는 필요 없음

5 이의신청 및 심판청구 안내

1 이의신청

❖ **이의신청이란?** 요청자, 보장기관, 의료기관 등이 진료비 확인 심사 결과 회신에 대하여 이의가 있는 경우 국민건강보험법 제87조, 의료급여법 제30조에 따라 이의를 제기하는 것

❖ 이의신청 방법

- 인터넷: 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 나의 민원 조회 → 이의신청
- 우편 및 FAX: 필요서류를 우편 또는 FAX를 통해 발송(부록 45)
- 직접방문: 필요서류 준비 후 가까운 건강보험심사평가원 고객센터실로 방문

❖ 이의신청 필요서류

- 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 서류서식 → ‘이의신청서’ 작성

❖ 이의신청 기간

- 민원인: 결정통보를 받은 날로부터 90일 이내(공휴일 포함)
- 의료기관 등: 결정통보를 받은 날로부터 30일 이내(공휴일 포함)

❖ 이의신청 처리기간

- 이의신청을 받은 날로부터 60일 이내에 결정(공휴일 포함)
다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위 내에 그 기간을 연장
(전문의학적 판단을 위해 심의가 필요한 경우)

2 심판청구

❖ **심판청구란?** 요청인, 보장기관, 의료기관 등이 이의신청 결정에 불복하여 국민건강보험법 제88조 ~ 제90조 및 의료급여법 제30조의2, 행정심판법 제23조에 따라 이의를 제기하는 것

❖ 심판청구 방법

- 인터넷: 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 나의 민원 조회 → 심판청구
- 우편 및 FAX: 필요서류를 우편이나 FAX를 통해 건강보험심사평가원으로 발송(부록 4-6, 4-9)
- 직접방문: 필요서류 준비 후 가까운 건강보험심사평가원 고객상담실로 방문

❖ 심판청구 필요서류

- 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) → 조회·신청 → 진료비확인 → 서류서식 → '행정심판청구서' 작성

❖ 심판청구 기간

- 요청인, 보장기관, 의료기관 등은 이의신청 있음을 안 날(이의신청에 대한 결정통보를 받은 날)로부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 하여야 하며, 이의신청 결정이 있는 날부터 180일을 지나면 제기하지 못함(공휴일 포함)

❖ 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회

- 근거: 「국민건강보험법」 제89조
- 업무: 심판청구를 심리·의결
- * 건강보험심사평가원에 심판청구서가 제출 된 경우 받은 날부터 10일 이내에 심판청구서, 답변서 및 이의신청결정서 사본을 건강보험분쟁조정위원회에 제출해야 함

부록 1. 행복e음 긴급의료지원비 확인요청 사용자 매뉴얼

행복e음 긴급의료지원비 확인요청 사용자 매뉴얼

〈 목 차 〉

□ 긴급의료지원비 확인(심사) 요청	16
○ 개요	16
○ 업무처리절차	16
○ 기본 화면 설명	17
○ 「긴급의료지원비 확인(심사) 요청」 조회 및 요청서 작성 방법	19
① 비급여 진료비 신청 대상자를 조회함	19
② 심사요청을 진행하고자 하는 대상에 대해 선택박스에 √ 또는 행을 더블클릭 하면 「진료비(비급여) 확인 신청서」 화면이 표시됨	19
③ 계좌입력 및 조회버튼 클릭하면 계좌번호관리 팝업화면이 표시됨	22
④ 개인정보 동의여부 선택	23
⑤ 출력 미리보기 버튼을 클릭	23
⑥ 필수서류 안내 버튼을 클릭함	24
⑦ 구비서류 등록<요양급여 대상여부 확인요청서 등 구비서류 등록>	24
⑧ 저장버튼 클릭	25
○ 건강보험심사평가원으로 진료비 확인요청 처리	26
① 심사요청 대상자 선택	26
② 전자결재 기안처리	27
○ 결재취소	28
○ 「긴급의료지원비 확인(심사) 결과 조회」 방법 안내	29
① 진료비 확인요청 결과 확인	29
② 진료상태가 ‘수신완료(반려)’ 일 때 처리방법	31

1 긴급의료지원비 확인(심사) 요청

개요

- 시·군·구청장이 비급여진료비(전액본인부담금진료비 포함) 150만원 이상인 의료지원대상자의 위임을 받아 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 비급여 진료비 확인(심사) 요청

업무처리절차

절 차	담당부서 및 내용
요청서 작성 제출	- 시·군·구청장 또는 지원대상자가 요청서를 건강보험심사평가원에 제출 * 접수: 행복e음, 인터넷(모바일 포함), 서면(우편, 모사전송, 전자문서 등), 직접방문 등
요청서(요건) 심사 및 접수	- 제출한 요청서에 대한 서류 검토 및 접수 처리 - 미비서류 보완요청 (1차: 10일, 연장: 7일)
심사 담당자 지정	심사 담당자 지정(접수 → 심사 담당자 변경)
의료기관 등 자료제출	- 진료기록부 및 세부진료내역 등 의료기관 등 자료요청 (1차: 10일, 2차: 7일) - 의료기관 등 추가 자료요청 (1차: 7일, 2차: 7일)
진료비 심사 및 결정	- 심사기준에 의거 비급여 진료비 여부 확인 및 진료비심사위원회 자문 등 - 확인심사 결정 (환불, 정당) 및 결정통보 (민원인, 의료기관 등, 보장기관)
이의신청 심판청구 (행정심판)	- 확인심사 결과회신에 대하여 이의가 있는 경우에는 의료기관 등 또는 시·군·구청장 또는 지원대상자가 이의신청 및 심판청구(행정심판) 제기 * 이의신청(국민, 90일 이내/의료기관 등, 30일 이내), 심판청구 및 행정심판(국민·의료기관 등, 90일 이내)
환불금지급	- 의료기관 등에서 요양기관업무포털을 통해 결과 통보일로부터 10일 이내에 지급방법 선택(공제처리, 자체환불 등) - 의료기관 등에서 선택한 지급방법에 따라 환불금 지급 통보안내(건보공단, 의료기관 등)
사전·사후관리	- 사전 관리: 종합병원급 이상 분기별 민원현황통보(처리 현황) 안내 - 사후 관리: 사후관리지표에 따른 급여조사실 현지조사 의뢰 및 현지방문 계도

기본 화면 설명

<「긴급의료지원비 확인(심사) 요청」 및 「결과 조회」 화면 >

* 경로 : 긴급복지 → 지원대상자지원관리 → 비급여진료비 심사대상 관리



< 해당 화면 상세 설명 >

구분	내용		
(상단) 조회조건	○ 조회구분 / 조회기간 : 조회구분별 조회기간을 입력 후 조회합니다 (필수항목)		
	○ 전체조회 : 주민등록번호 및 대상자 입력시 기간에 상관없이 전체 자료 조회가능합니다.		
	○ 기준금액 : 변경하여 조회가능합니다. (100만원/150만원/200만원)		
	○ 진행상태		
	순번	진행상태	설명
	1	작성중	필수 첨부서류 없이 저장한 상태
		신청서저장	첨부서류까지 정보 저장 완료
	2	심사요청	전자결재 요청 이후 상태
		요청취소	전자결재 취소
		요청반려	전자결재 반려
3	결재승인	전자결재 완료 - 심사평가원으로 신청정보 전송 전(결재완료일 자정에 일괄전송처리)	
4	요청접수	심사평가원으로 신청정보 연계 성공	
5	수신완료	심평원 심사결과 수신된 경우	
	수신완료(반려)	심평원 심사결과가 서류불충분 등으로 반려인 경우	

구분	내용																					
	○ 민원종류																					
	<table><tr><th>순번</th><th>민원종류</th><th>설명</th></tr><tr><td>1</td><td>요양급여</td><td>비급여진료비 심사결과</td></tr><tr><td>2</td><td>환불금지급요청</td><td>환불금 지급방법 및 지급예정일자 최종 통지</td></tr><tr><td rowspan="4">3</td><td>이의신청</td><td rowspan="4">의료기관 등 이의신청 (의료기관 등에서 요청)</td></tr><tr><td>심판청구</td></tr><tr><td>행정심판</td></tr><tr><td>소송재처분</td></tr><tr><td>4</td><td>자체시정</td><td>심사평가원 자체 시정</td></tr></table>	순번	민원종류	설명	1	요양급여	비급여진료비 심사결과	2	환불금지급요청	환불금 지급방법 및 지급예정일자 최종 통지	3	이의신청	의료기관 등 이의신청 (의료기관 등에서 요청)	심판청구	행정심판	소송재처분	4	자체시정	심사평가원 자체 시정			
	순번	민원종류	설명																			
	1	요양급여	비급여진료비 심사결과																			
	2	환불금지급요청	환불금 지급방법 및 지급예정일자 최종 통지																			
	3	이의신청	의료기관 등 이의신청 (의료기관 등에서 요청)																			
		심판청구																				
		행정심판																				
		소송재처분																				
	4	자체시정	심사평가원 자체 시정																			
	○ 심사결과																					
	<table><tr><th>순번</th><th>심사결과유형</th><th>설명</th></tr><tr><td>1</td><td>이첩</td><td>지원 및 본원에서 접수하여 다른 지원으로 건 이첩하는 경우</td></tr><tr><td>2</td><td>취하</td><td>수진자나 보장기관의 요청하여 진료비확인 심사가 종결 됨</td></tr><tr><td rowspan="4">3</td><td>내부종결</td><td>의료기관 등 자료 부족이나 긴급지원금 150만원 이하 등으로 심사종결</td></tr><tr><td>종결</td><td>내부종결</td></tr><tr><td>정당</td><td>비급여 항목 중 급여 적용 항목 없음 ☞ 환불금 없음</td></tr><tr><td>환불</td><td>비급여 항목 중 급여 적용 및 불인정 항목 있음 ☞ 환불금 있음</td></tr><tr><td>4</td><td>임의처리</td><td>의료기관 등에서 기한 내 자료를 보내주지 않아 임의 처리하는 경우</td></tr></table>	순번	심사결과유형	설명	1	이첩	지원 및 본원에서 접수하여 다른 지원으로 건 이첩하는 경우	2	취하	수진자나 보장기관의 요청하여 진료비확인 심사가 종결 됨	3	내부종결	의료기관 등 자료 부족이나 긴급지원금 150만원 이하 등으로 심사종결	종결	내부종결	정당	비급여 항목 중 급여 적용 항목 없음 ☞ 환불금 없음	환불	비급여 항목 중 급여 적용 및 불인정 항목 있음 ☞ 환불금 있음	4	임의처리	의료기관 등에서 기한 내 자료를 보내주지 않아 임의 처리하는 경우
	순번	심사결과유형	설명																			
	1	이첩	지원 및 본원에서 접수하여 다른 지원으로 건 이첩하는 경우																			
2	취하	수진자나 보장기관의 요청하여 진료비확인 심사가 종결 됨																				
3	내부종결	의료기관 등 자료 부족이나 긴급지원금 150만원 이하 등으로 심사종결																				
	종결	내부종결																				
	정당	비급여 항목 중 급여 적용 항목 없음 ☞ 환불금 없음																				
	환불	비급여 항목 중 급여 적용 및 불인정 항목 있음 ☞ 환불금 있음																				
4	임의처리	의료기관 등에서 기한 내 자료를 보내주지 않아 임의 처리하는 경우																				
(하단) 조회결과	○ 비급여진료비 확인(심사)요청과 관련된 정보를 조회																					
	- 긴급복지 의료급여 신청 정보																					
	- 진료비 확인(심사) 신청 정보																					
	- 확인(심사) 결과 정보																					
	- 환불 정보 등																					

< 버튼 설명 >

버튼명	기능
㉠ 조회결과 안내	진행상태 및 민원종류 설명 화면 표시
㉡ 엑셀	조회결과를 엑셀파일 다운로드
㉢ 심사신청서 작성	선택한 대상자에 대한 「진료비(비급여) 확인 신청서」 팝업 표시
㉣ 심사요청 및 전자결재	선택한 대상자에 대해 전자결재 처리 후 전자결재가 완료된 대상자에 대해 심사요청을 신청 ※ 전자결재 승인 완료일 자정에 심사평가원으로 자료가 전송 ※ 심사요청 및 전자결재가 가능한 진행상태 : 신청서저장
㉤ 전자결재취소	신청한 전자결재를 취소 ※ 결재취소가 가능한 진행상태 : 심사요청

❶ 「긴급의료지원비 확인(심사) 요청」 조회 및 요청서 작성 방법

I. 비급여 진료비 신청 대상자를 조회함

비급여진료비 심사대상 관리

조회 구분: ☒ 접수일자 ☐ 결과수신일자 조회 기간: 2017-12-01 ~ 2018-01-01

대상자 성명: 주민등록번호: 전체 조회 기준 금액: 200만원 [조회]

진행 상태: [선택] 인원 종류: [선택] 심사결과유형: [선택]

조회결과 * 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 위임장, 진료비 계산서 접수함이 필수입니다. [조회결과안내] [엑셀]

간급복지 의료급여 신청정보								진료비확인 신청정보			
결과수신일자	성명	주민등록번호	지원유형	접수일자	요양기관명	진료시작일	진료종료일	간급지정금비급여액	진행상태	확인신청일	결과
			최초지원	2017-12-04	의료기관명	2017-11-29	2017-12-05	2,374,550			
			최초지원	2017-12-08	의료기관명	2017-12-06	2017-12-15	2,226,130			
			최초지원	2017-12-12	의료기관명	2017-12-03	2017-12-13	2,470,000			
			최초지원	2017-12-28	의료기관명	2017-12-02	2017-12-30	2,416,838			

※ 전자기록해당료 후에는 신청서 수정이 불가능합니다. 수정이 필요할 시 '전자결과취소' 처리하십시오.
 ※ 일괄심사요청 후 전자기록해당료되는 당일 자정에 심사결과정보로 해당 자료가 연재 됩니다.

페이지: 1 / 1 전체: 4 건

[심사신청서작성] [심사요청및전자결과] [전자결과취소]

II. 심사요청을 진행하고자 하는 대상에 대해 선택박스에 √ 또는 행을 더블클릭하면 「진료비(비급여) 확인 신청서」 화면이 표시됨

비급여진료비확인신청서

진료비(비급여) 확인 신청서

신청일자: 2018-11-06 신청상태: 작성중

비급여 진료비 상세 정보

전체 진료비: 0 원 진료비(급여): 0 원 진료비(비급여): 0 원
 간급지정금금액: 0 원 간급지정금금액(급여): 0 원 간급지정금금액(비급여): 0 원
 환자본인납부금액: 0 원

확인요청하는 보장기관 * 보장기관 계좌는 심사요청자 관리 정보로 대체하여 정보변동 시 심사요청자정보로 공문요청이 필요합니다.

담당부서: 행복특별시 행복구 교육복지국 복지정책과 보장기관계좌: *
 보장기관명: 행복구 담당자 성명: 로컬 담당자 전화번호: *
 * 주민등록번호 (외국인등록번호): *
 * 주민등록번호 (외국인등록번호): *
 * 주민등록번호 (외국인등록번호): *

간급지정 대상자

성명: 주민등록번호 (외국인등록번호): 환자 등록번호: *

진료비확인결과 통보받을 자 * 간급지정대상자와 동일 (간급지정대상자와 통보받을 자가 같은 경우 [안내 4페이지])

성명: 주민등록번호 (외국인등록번호): 간급지정대상자와의 관계: *
 전화번호: * 휴대전화: *
 주소: *

간급복지대상자 환불청산시 입금가능계좌 * 계좌입력 및 조회 삭제

은행명: 계좌번호: *
 예금주: *

7. 진료받은 병의원
요양기관명

8. 보험자 구분
건강보험 의료급여 기타

9. 진료비(비급여) 확인 신청을 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

9. 진료비(비급여) 확인 신청을 위한 개인정보 수집·이용 동의서 (필수사항)
우리는 고객님의 개인정보를 [별지]와 같이 처리함을 알려드립니다.
진료비(비급여) 확인신청을 위해 아래 개인정보를 이용하는 것에 동의합니다.
[필수] 성명, 주소, 전화번호, 휴대전화번호
[선택] 이메일, 계좌번호

10. 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공에 관한 동의 (필수사항)
[국민건강보험법] 제48조 및 [의료급여법] 제11조의3에 의거 진료비확인신청 업무처리를 위하여 진료비(약제비)계산서 영수증을 진료받은 기관에게 제공하는 것에 동의합니다.

11. 개인정보처리에 관한 사항 (필수사항)
[국민건강보험법] 제15조에 따라 개인정보를 수집·이용함이 가능하며, [개인정보보호법] 제24조의2 및 [국민건강보험법] 시행령제48조(의료급여법 시행령 제28조)에 따라 고유식별정보(주민등록번호 등)를 처리할 수 있음을 알려드립니다.

12. 구비서류
1. 진료비계산서영수증(중간계산서 제외)
※원외처방 약제비에 대한 확인요청은 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서 영수증 첨부
2. 간급의료지원대상자의 위임장(인감날인 또는 무인날인, 자필서명) 및 인감증명서
- 무인날인 또는 자필서명 시 인감증명서는 제출 제외
3. 간급의료지원대상자와 통보받을 자가 다른 경우
- 통보받을 자가 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자, 형제 자매인 경우: 가족관계 확인서류 등

필수서류인내 구비서류출력 별첨하기 열람

서류구분	서류명	제출일자	파일명

신청서미러보기 저장 닫기

< 신청상태 확인: '작성중' 표시 >

순번	항목명	내용		필수 여부
①	기본정보	신청일자	신청서 작성일자 표시(자동표시)	필수
		진행상태	진행상태	-
			설명	
			작성중	
			필수첨부서류 없이 저장이 가능한 상태	
			신청서저장	
			첨부서류까지 정보 저장 완료	
			심사요청	
			전자결재 요청 이후 상태	
			요청취소	
②	비급여 진료비 상세정보	진료비 (급여)	진찰·약제 또는 치료재료의 지급, 처치·수술, 기타의 치료 및 입원에 소요된 비용 중 급여금액	필수
		진료비 (비급여)	진찰·약제 또는 치료재료의 지급, 처치·수술, 기타의 치료 및 입원에 소요된 비용 중 비급여금액	
		긴급지원금액 (급여)	긴급복지지원 금액 중 건강보험이 적용되는 금액	
		긴급지원금액 (비급여)	긴급복지지원 금액 중 건강보험이 적용되지 않는 금액	
		환자본인 납부금액	환자가 납부를 완료한 금액	

순번	항목명	내용		필수 여부
③	확인요청하는 보장기관	담당부서	보장기관의 지자체 담당 부서명	필수
		보장기관기호	보장기관의 지자체 기관코드	
		보장기관명	보장기관의 자자체 기관명	
		담당자성명	보장기관의 자자체 담당자명	
		담당자전화번호	보장기관의 자자체 담당자 전화번호	
④	긴급지원 대상자	성명	긴급복지대상자의 성명	필수
		주민등록번호	긴급복지대상자의 주민등록번호	
		환자등록번호	병원비영수증에 표기된 긴급복지대상자의 등록번호	
⑤	진료비확인 결과통보 받을 자	성명	통보 받는 사람의 이름	필수
		주민등록번호	통보 받는 사람의 주민등록번호	
		긴급지원대상 자와의 관계	통보 받는 사람과의 관계코드	
		전화번호	통보 받는 사람의 전화번호	선택
		휴대전화	통보 받는 사람의 휴대전화번호	필수
		주소	통보 받는 사람의 주소	
⑥	긴급복지대상자 환불결정시 입금가능계좌	은행명	환불 받을 은행명	필수
		계좌번호	환불 받을 계좌번호	
		예금주	환불 받을 예금주의 성명	
⑦	진료받은 병의원	의료기관 등 명칭	진료받은 병의원 명칭	필수
⑧	보험자구분	보험자구분	건강보험, 의료급여	택 1
		확인요청내용	6하원칙에의거 간단히 작성	필수
⑨	개인정보 동의	개인정보동의	진료비(비급여) 확인신청을 위한 개인정보 수집이용동의 진료비영수증(진료받은 기관)제공에 관한 동의 개인정보처리에 관한사항	필수 (동의)
⑩	구비서류	비급여확인 요청서	[신청서미리보기] 버튼을 통해 직인이 날인된 신청서를 파일로 저장 후 첨부	필수
		위임장	지원대상자의 위임장(인감날인 또는 무인날인 자필서명)	필수
		인감증명서	위임장 인감날인 시 인감증명서	선택
		본인서명 사실확인서	위임장 무인날인 또는 자필서명 시 본인서명사실확인	
		영수증	진료비계산서영수증(중간계산서 제외)	필수 (택1)
		진단서영수증		
		의료비영수증		
		가족관계 등록부	배우자, 직계존비속 및 그 배우자, 형제자매가 통보(환불)받는 경우. (가족관계확인서)	(필요시)

- ① 긴급복지대상자 환불결정 시 입금가능계좌를 조회합니다.
- ② 금융기관 및 계좌번호를 하여 선택 후 더블클릭 또는 닫기 버튼을 선택합니다.
- ②-1 압류방지계좌 여부를 확인하시기 바랍니다. <압류방지계좌는 등록 불가함>

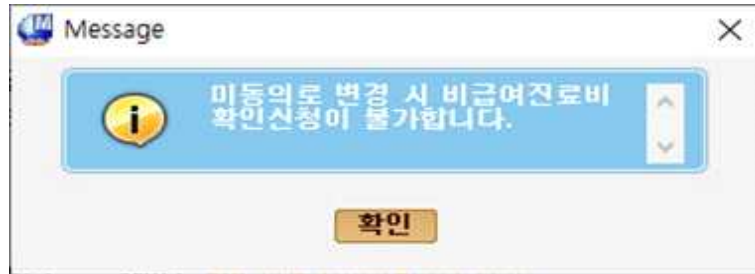
②-2 선택된 기관이 은행이 아닌 경우 다음과 같은 창이 표시됩니다.

<증권계좌 또는 기타금융기관코드 선택 불가>

– 22 –

IV. 개인정보 동의여부 선택

- ① 동의 항목이 기본으로 선택됩니다.
- ② 미동의 선택 시 팝업이 표시됩니다.



V. 출력미리보기 버튼을 클릭

작성 내용 확인 및 건강보험심사평가원에 비급여 진료비 확인(심사) 요청 시 첨부할 「요양급여 대상 여부 확인 요청서」를 PC에 저장함

- ① 「출력미리보기」 버튼 클릭
- ② 출력물 관인에 대한 정보를 확인하는 팝업이 표시됨

- ③ 확인 버튼을 클릭하면 「진료비[비급여] 확인 신청서」 양식이 표시됨

- ④ 출력물의 내용을 확인 후 저장.

※ 저장 시 파일종류는 .jpg로 하시기 바람

VI. 필수서류 안내 버튼을 클릭함

○ 구비서류에 대한 설명을 확인합니다.

② 필수서류안내				
No	제출서류구분		필수구분	비고
	대분류	종류		
1	기타제출서류	진료비(비급여)확인요청서	필수	[신청서미리보기] 버튼을 통해 직인이 날인된 신청서를 파일로 저장 후 첨부
2	기타제출서류	위임장	필수	긴급의료지원대상자의 위임장(인감날인 또는 무인날인, 자필서명)
3	기타제출서류	인감증명서	선택	위임장(인감날인)-인감증명서 위임장(무인날인, 자필서명)-본인서명사실확인서
4		본인서명사실확인서		
5	기타제출서류	영수증	필수 (택1)	진료비계산서영수증(중간계산서 제외)
6		진단서영수증		
7		의료비영수증		
8	기타제출서류	가족관계등록부(구,호적등본)필요시 배우자, 직계존비속 및 그 배우자, 형제자매가 통보(환불)받는 경우. (가족관계확인서		

※ 필수서류(진료비확인요청서, 위임장,영수증)미등록 시 일괄심사요청이 제한됩니다.

닫기

구비서류	요양급여대상여부확인요청서	[신청서미리보기] 버튼을 통해 직인이 날인된 신청서를 파일로 저장 후 첨부	필수
	위임장 - 인감증명서	지원대상자의 위임장과 위임장 인감날인 시 인감증명서	선택
	위임장 - 본인서명사실확인서	지원대상자의 위임장과 위임장 무인날인, 자필서명 시 본인서명사실확인서	
	영수증	진료비계산서·영수증 (중간계산서 제외)	필수 (택1)
	진단서영수증		
	의료비영수증		
	가족관계등록부	배우자, 직계존비속 및 그 배우자, 형제자매가 통보(환불)받는 경우. (가족관계확인서)	-

VII. 구비서류 등록 <요양급여 대상여부 확인요청서 등 구비서류 등록>

필수서류안내

구비서류출력

행추가

행사제

서류구분	서류명	제출일자	파일명
기타제출서류	선택		

신청서미리보기

저장

닫기

- ① 「행추가」 버튼 클릭 후 서류구분(기타제출서류, 선택(제출서류종류)) 선택함
- ② 서류명, 제출일자 입력
- ③  클릭합니다.
- ④ 파일찾기버튼을 이용하여 등록하고자 하는 파일을 선택하여 파일을 저장함

구비서류이미지등록

✕

파일정보

파일경로명

파일찾기

※ 등록가능한 이미지 형식은 JPEG, GIF, BMP 입니다. (최대 1Mbyte)

※ 스캔하신 구비서류 이미지는 가급적 JPG, GIF 파일로 등록하시기바랍니다.

저장

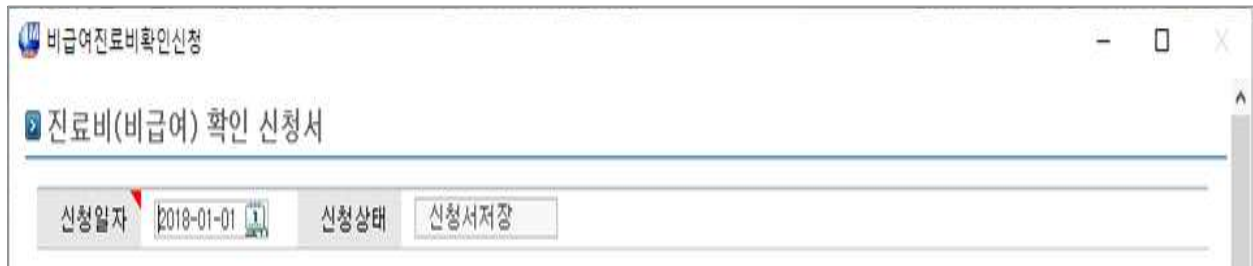
닫기

VIII. 저장버튼 클릭

① 저장여부를 묻는 메시지 박스의 "예" 클릭

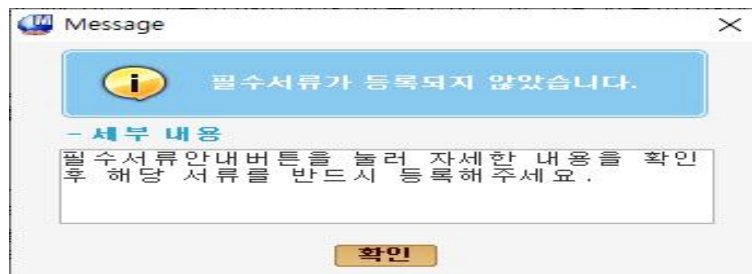


② 저장 후 진행상태가 '작성중' → '신청서 저장' 변경됨을 확인함



③ 필수서류 없이 저장 버튼 클릭 시 알림창 표시됩니다.

- 확인버튼 클릭 후 저장은 가능하지만 심사요청이 안됩니다.



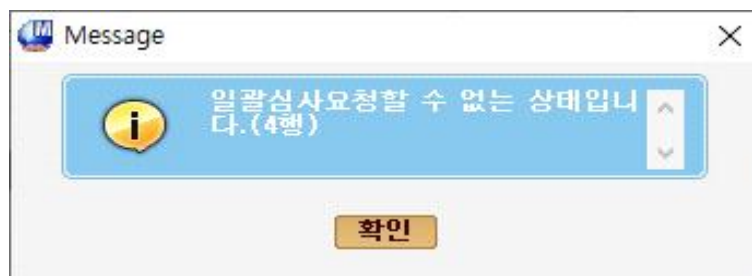
건강보험심사평가원으로 진료비 확인요청 처리

I. 심사요청 대상자 선택

- 선택된 대상자에 대해 확인(심사) 요청
- 업무순서: 심사요청 → 전자결재 기안처리 → 전자결재 완료<완료일 자정에 건강보험심사평가원에 일괄 전송>



- ① 심사요청대상에 대해 √ 합니다. (여러건 선택 가능)
- ② 일괄심사요청 버튼을 클릭합니다.
- ③ 심사요청대상 진행상태가 '신청서저장' 이 아닌 것이 있을 경우 알림창을 표시합니다.



II. 전자결재 기안처리

전자결재 - 전자결재기안처리

viewDS

▶ 전자결재-기안처리

기안제목

비급여진료비 확인신청 대상자

기안본문

대상자에 대해 심사평가원으로서의 비급여진료비 확인신청을 승인요청합니다.

기안문초기화

서식 저장

서식 삭제

기안 서식

서식ID	제목	내용

기안첨부

파일명	파일경로	파일크기(MB)
☒ 비급여진료비확인신청대상_2020102	C:\WtmpReport	0.04

파일갯수: 1

파일총크기(byte): 0.04 MB / 7MB

추가

삭제

수신자ID

교육용

전자결재ID를 한글로 사용하지 않는 자치단체는 한글을 입력하지 마시기 바랍니다.

결재ID확인법 ▼

수신자ID안내

* 온나라, enRiseOFFICE - 행정정보ID
 * HANDY - 전자결재 시스템의 사원번호
 * 나눔기술, Hi Express, ACUBE 전자문서 시스템 - 전자결재 Log In ID
 * 수신자 ID를 입력 또는 변경하고자 하는 경우 메인화면의 개인정보 수정기능을 이용하시기 바랍니다

전송

닫기

① 기안첨부파일은 자동으로 생성되어 첨부됩니다.

비급여진료비 확인신청 대상

순번	진료급여 진료종류	명칭	주요진료내역 (외국인등록번호)	승인기관명	승인사자명	승인유종명	승인진행금보급액	승인일자
1	외과진료	-		외과기관명	20171112	20180103	₩ 2,470,000	20201029

② 내용확인 후 전송버튼을 클릭하면 전자결재 요청처리가 됩니다.

Message

처리 되었습니다.

확인

③ 진행상태가 '신청서저장' → '심사요청'으로 변경됨을 확인합니다.

비급여진료비 심사대상 관리

조회구분: ☒ 접수일자 ☐ 결과수신일자 조회기간: 2017-10-01 ~ 2018-01-01 대상자성명: 주민등록번호: 전체조회 기준금액: 200만원 심사결과유형: 조회

조회결과: ☒ 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 위임장, 진료비 계산서 영수증이 있습니다. 조회결과안내 역분

결과수신부	성명	주민등록번호	지원확자	접수일자	요양기관명	진료서작일	진료종료일	건금지원금비급여액	진료비확인 신청정보	진료비확인 신청일	결과
	최소지원	2017-10-13	의료기관명	2017-10-16	2017-10-31	2,748,410					
	최소지원	2017-11-07	의료기관명	2017-10-30	2017-12-01	2,723,338					
	최소지원	2017-11-21	의료기관명	2017-11-14	2017-12-08	2,950,000					
	최소지원	2017-11-23	의료기관명	2017-11-11	2017-11-27	3,907,740					
	최소지원	2017-11-24	의료기관명	2017-11-12	2018-01-03	2,470,000	심사요청	2020-10-29			
	최소지원	2017-11-27	의료기관명	2017-11-19	2017-12-04	2,502,130	요청접수	2018-01-22			
	최소지원	2017-11-30	의료기관명	2017-11-27	2017-12-09	2,346,660					
	최소지원	2017-12-04	의료기관명	2017-11-24	2017-12-08	2,505,229	수신완료	2018-01-01	2018-		
	최소지원	2017-12-04	의료기관명	2017-11-29	2017-12-05	2,374,550					
	최소지원	2017-12-04	의료기관명	2017-11-25	2017-12-16	2,015,270	수신완료	2018-01-01	2018-		
	최소지원	2017-12-05	의료기관명	2017-11-02	2017-12-06	2,996,560	수신완료	2020-09-03	2018-		
	최소지원	2017-12-08	의료기관명	2017-12-06	2017-12-15	2,226,130					

전체: 27 건

심사신청서작성 심사요청및전자결재 전자결재취소

결재 취소

I. 심사요청 및 전자결재 요청 취소

- 여러 건을 함께 '심사요청및전자결재' 하였을 경우 그 중 한 건을 취소하더라도 전체 취소가 됩니다. (요청가능한 진행상태 : 심사요청)

비급여진료비 심사대상 관리

조회구분: ☒ 접수일자 ☐ 결과수신일자 조회기간: 2017-12-01 ~ 2018-01-01 대상자성명: 주민등록번호: 전체조회 기준금액: 200만원 심사결과유형: 조회

조회결과: ☒ 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 위임장, 진료비 계산서 영수증이 있습니다. 조회결과안내 역분

결과수신부	성명	주민등록번호	지원확자	접수일자	요양기관명	진료서작일	진료종료일	건금지원금비급여액	진료비확인 신청정보	진료비확인 신청일	결과
	최소지원	2017-12-01	의료기관명	2017-12-01	2017-12-01	2,874,096	심사요청	2018-01-01			
	최소지원	2017-12-01	의료기관명	2017-12-01	2017-12-01	2,063,140	신청완료(반려)	2018-01-01			
	최소지원	2017-12-01	의료기관명	2017-12-01	2017-12-01	2,623,976	요청접수	2018-01-01			
	최소지원	2017-12-01	의료기관명	2017-12-01	2017-12-01	2,416,898					
	최소지원	2017-12-01	의료기관명	2017-12-01	2017-12-01	2,519,600	심사요청	2018-01-01			

전체: 20 건

심사신청서작성 심사요청및전자결재 전자결재취소

① 전자결재취소 버튼을 클릭하면 전자결재 강제종료 팝업이 표시됨

전자결재 강제종료

전자결재 취소처리

진행중인 결재 내역
복지정책과 아동청소년팀이 2020년 10월 29일 10시 16분 에 요청한 기안문이 '발
송' 상태로 존재합니다.

결재 단계 변경 사유
금액오 기입으로 인해 취소합니다

※기 결재된 것이 존재하는 경우 해당 결재자의 문서번호 등을 기입해 주십시오.

결재취소 **닫기**

② 결재취소 버튼을 클릭하면 진행상태는 '심사요청' → '요청취소' 변경

「긴급의료지원비 확인(심사) 결과 조회」 방법 안내

- 확인(심사) 요청 결과 확인 방법: 진행상태가 '수신완료' 인 데이터를 조회

진료비 확인요청 결과 확인

사회보장정보시스템(영북e음)

비급여진료비 심사대상 관리

조회 구분: ☒ 접수일자 ☐ 결과수신일자 조회 기간: 2017-10-01 ~ 2018-01-01
대상자 성명: 주민등록번호: 전체 조회 기준 금액: 200만원 조회
진행 상태: 인원 종류: 심사결과유형:

조회결과 ※ 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 위임장, 진료비 계산서 영수증이 필수입니다. **조회결과안내** **엑셀**

회신 여부	민원종류	심사결과	반려사유	반려사유(상세)	인정구분	비급여 및 진료비 부담금 총액	심사결과 간급지원 비급여	청달본인 부담금	과다본인 부담금	검토제외
○	요양급여	정당				0	0	0	0	0
○	요양급여	환불				0	0	0	0	0
○	이의신청	정당			일부인정	0	0	0	0	0
○	환불금지급요청	환불				0	0	0	0	0
○	요양급여	내부종결				0	0	0	0	0
○	요양급여	정당				0	0	0	0	0
○	요양급여	정당	영수증 미첨부			10	20	30	40	50
○	환불금지급요청	종결	보장기관 확인불가			10	20	30	40	50

※ 전자결재완료 후에는 신청서 수정이 불가능합니다. 수정이 필요할 시 '전자결재취소' 처리하십시오.
※ 월말심사요청 후 전자결재가 완료되는 당일 자정에 심사결과가 발송되며 해당 자료가 연개 됩니다.

심사신청서작성 **심사요청및전자결재** **전자결재취소**

① 민원종류: 진행상태가 '심사요청' 이후 상태인 경우 표시

순번	민원종류	설명
1	요양급여	비급여진료비 심사결과
2	환불금지급요청	환불금 지급방법 및 지급예정일자 최종 통지
3	이의신청	의료기관 등 이의신청 (의료기관 등에서 요청)
	심판청구	
	행정심판	
	소송재처분	
4	자체시정	심사평가원 자체 시정

② 심사결과: 진행상태가 '수신완료'/'수신완료(반려)' 인 경우 표시

순번	심사결과유형	설명	환불금여부
1	이첩	지원 및 본원에서 접수하여 다른 지원으로 건 이첩하는 경우	없음
2	취하	수진자나 보장기관의 요청하여 진료비확인 심사가 종결 됨	없음
3	내부종결	의료기관 등 자료 부족이나 긴급지원금 150만원 이하 등으로 심사 종결	없음
4	종결	내부종결	없음
5	정당	비급여 항목 중 급여 적용 항목 없음	없음
6	환불	비급여 항목 중 급여 적용 및 불인정 항목 있음	있음
7	임의처리	의료기관 등에서 기한내 자료를 보내주지 않아 임의처리하는 경우	없음

③ 반려사유: 진행상태가 '수신완료(반려)'인 경우 표시

순번	종결유형	설명
1	비급여지원금액 기준이하	비급여조회 기준금액이 지침과 다른 경우
2	영수증 미첨부	영수증(영수증, 진단서영수증,의료비영수증)가 미첨부된 경우
3	보장기관 확인불가	보장기관코드가 잘못된 경우
4	수진자 확인불가	긴급복지지원대상자가 확인이 안되는 경우
5	종결유형 상세내용	기타 내용으로 상세내용 항목에 표시

④ 인정구분: 진행상태가 '수신완료' 이면서 의료기관 등에서 이의신청한 경우 표시

순번	민원종류	설명	환불금여부
1	인정	의료기관 등에서 요청한 이의제기를 인정(수용)	없음
2	일부인정	이의신청 일부 인정(일부 수용)	조정(일부)
3	기각	의료기관 등에서 요청한 이의신청을 기각(미수용)	있음(원심과 동일금액)

사회보장정보시스템(영북e음)

복지대상자 통계 상담신청 조사결정 급여 변동사유 국호부 업무지원 자료정보 보육 한부모가족 기초생활보장 긴급복지

비급여진료비 심사대상 관리

조회 구분: 접수일자 결과수신일자 조회 기간: 2017-12-01 ~ 2018-01-01

대상자 성명: 주인등록번호: 전체 조회 기준 금액: 200만원

진행 상태: 선택 인원 종류: 선택 심사결과유형: 선택

조회결과 ※ 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 위임장, 진료비 계산서 영수증이 필수입니다.

조회결과안내 역별

비급여 및 전액 본인 부담금 총액	긴급지원 비급여	청담본인 부담금	과다본인 부담금	검토제외	미수금	의료기관 미정수 환불금	환불 결정액	보장기관 환불액	수진자 환불액	환불금지급 예정일자	지급방법
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2018-01-22	자체 환불
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	2020-09-26	자체 환불

전자결재완료 후에는 신청서 수정이 불가능합니다. 수정이 필요할 시 전자결재취소 처리하십시오.
일괄심사요청 후 전자결재가 완료되는 당일 자정에 심사결과가 발송됩니다.

심사신청서작성 심사요청및전자결재 전자결재취소

⑤ 지급방법: 진행상태가 '수신완료' 이면서 심사결과가 '환불'인 경우 표시

순번	민원종류	설명
1	자체환불	의료기관 등에서 심사평가원으로부터 통보받은 진료비 확인심사결과 배분내역에 따라 지원대상자 및 보장기관에 지급
2	공제처리	의료기관 등이 공제처리를 선택 한 경우 국민건강보험공단은 환불금을 의료기관 등 청구지급액과 상계처리한 후 지원대상자 및 보장기관에 지급

진행상태가 '수신완료(반려)'일 때 처리방법

사회보장정보시스템(영복+)

비급여진료비 심사대상 관리

조회 구분: ☒ 접수일자 ☐ 결과수신일자 조회 기간: 2017-12-01 ~ 2018-01-01

대상자 성명: 주민등록번호: 전체 조회 기준 금액: 200만원 조회

진행 상태: 선택 민원 종류: 선택 심사결과유형: 선택

조회결과: ※ 구비서류는 진료비(비급여)확인 신청서, 회합장, 진료비 계상서 영수증이 필수입니다. 조회결과안내 역분

결과 여부	성명	주민등록번호	지원 일자	접수일자	요양기관명	진료시작일	진료종료일	건금지원금 비급여액	진행상태	확인신청일	결과
			최초지원	2017-12-27	의료기관명	2017-12-11	2018-02-14	2,874,096	심사요청	2018-01-01	
			최초지원	2017-12-27	의료기관명	2017-12-15	2018-01-11	2,063,140	수신완료(반려)	2018-01-01	
			최초지원	2017-12-27	의료기관명	2017-12-26	2018-01-19	2,421,976	요청접수	2018-01-01	
			최초지원	2017-12-28	의료기관명	2017-12-02	2017-12-30	2,416,838			
			최초지원	2017-12-28	의료기관명	2017-12-29	2017-12-29	2,513,000	결재승인	2018-01-01	

※ 전자결재완료 후에는 신청서 수정이 불가능합니다. 수정이 필요할 시 '전자결재취소' 처리하십시오.
※ 일괄심사요청 후 전자결재가 완료되는 당일 자정에 심사평가원으로 해당 자료가 연계 됩니다.

심사신청서작성 심사요청및전자결재 전자결재취소

① '수신완료(반려)' 대상을 선택 후 심사신청서작성 또는 더블클릭함

※ 반려사유 : 비급여 지원금액 기준이하 / 보장기관 확인불가 / 영수증 미첨부 / 수진자 확인불가

② 심사요청서를 수정함

※ '수신완료(반려)' 인 경우만 신청서 '저장' 버튼 활성화 됨

③ 저장 후 결재 요청 및 심사요청을 처리함

부록 2. 긴급의료지원비 확인요청 체크리스트

구분	체크리스트	Y/N
1. 신청 대상자 분류	· 긴급의료지원금 중 비급여진료비(전액본인부담비 포함) 지원금액이 150만원 이상 입니까?	
	· 지원금액이 의료기관 등으로 지급이 완료되었습니까?	
	· 해당 수진자의 보험종류가 건강보험 및 의료급여가 맞습니까?(자동차보험, 산재보험, 상해보험, 일반(건강검진, 장애진단용) 등 제외)	
2. 신청 서류 준비		
가. 요양급여 대상여부 확인요청서	· 긴급통보받을 자의 계좌번호는 정상 입금이 가능한 계좌입니까? (압류방지 계좌 입금 불가)	
	· 긴급지원대상자와 긴급 통보 받는 자 및 예금주가 다른 경우 관계서류를 구비 하셨습니까? (가족관계확인서류 등)	
	· 주민등록번호, 주소 등 정보 입력이 정확하게 되었습니까? (오류 발생 시 처리 불가)	
	· 개인정보 수집·이용에 대해 동의 하셨습니까?	
	· 요청서 하단에 보장기관장의 직인이 날인 되었습니까?	
나. 진료비 영수증	· 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서가 맞습니까? (진료비세부내역서 불필요)	
	· 준비하신 진료비계산서·영수증이 최종영수증(입원·외래)입니까? (중간영수증 불가)	
	· 진료비계산서·영수증 사본 제출 시 식별 가능합니까? (입원기간, 금액 등 식별 불가 시 처리 불가)	
다. 위임장 (진료비 확인요청용)	· 진료비 확인접수에 관한 사항 위임여부에 체크하셨습니까?	
	· 위임장 하단에 “위임하는 사람”의 서명이 되었습니까?	
	· 인감도장 날인의 경우 인감증명서를 구비하셨습니까?	
라. 지원내역서 작성	· 해당 환자의 긴급지원내역서(자유서식)를 작성하셨습니까? (급여, 비급여 지원내역 구분)	

부록 3. 긴급의료지원비 확인요청 서류 작성 가이드

1 요양급여 대상여부 확인 요청서 작성 가이드

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	진료비 확인 요청인 (보장기관)	■ 긴급의료지원비 확인을 신청하는 보장기관 정보 입력 ※ 보장기관 자체적으로 최초 입력 정보에 대한 서식화를 통하여 건별 입력으로 인한 행정낭비 방지
②	긴급의료지원 대상자	■ 지원대상자의 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 성명 - 주민(외국인)등록번호
③	진료비 확인요청 내용 및 진료받은 기관	■ 지원대상자가 진료비 확인 요청하는 진료내용 ■ 진료받은 의료기관 등 명칭(의료기관명은 정확하게 기재) ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재
④	진료비 확인결과 통보받을 자	■ 진료비 확인 결과 통보받을 자의 정보 입력 ※ 긴급지원대상자와 통보받을 자가 다른 경우 관계서류 제출 필수 ■ 오타 발생, 정확한 식별 등을 위해 수기 입력은 지양함 (오독방지를 위해 정자 입력 권장)
⑤	요청자 서명	■ 진료비 확인요청을 신청한다는 일자, 성명, 서명 및 날인 ※ 국민건강보험법 제48조, 의료급여법 제11조의3, 긴급복지지원법 등에 의한 진료비 확인요청 법적근거 제시
⑥	고객만족도 조사 및 제도개선 의견조사 동의	■ 요양급여 대상여부 확인에 대한 고객만족도 조사 및 제도개선을 위한 전화번호, 휴대전화번호 등 수집 동의 ※ 선택 사항

요양급여 대상 여부 확인 요청서 (보장기관)

* 상상이 어두운 만큼 요청일이 적지 않으며, []에는 해당하는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호 _____ 접수일 _____ 처리기간 16일

①	진료비 확인 요청인 (보장기관)	보장기관명칭	보장기관기호	
		주소 및 담당부서		
		담당자 성명	담당자 연락처	
		회신방법 [] 이메일 _____ @ _____, [] 우편		
		환돌금 입금계좌(※ 보장기관 계좌 작성, 담당자 개인계좌 불가)		
		금융기관	예금주	계좌번호

②	긴급의료지원 대상자	성명	주민(외국인)등록번호
---	---------------	----	-------------

③	확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용	
		진료받은 기관	

④	진료비 확인 결과 통보받을 자	[] 긴급지원대상자와 동일 (긴급지원대상자와 통보받을 자가 같은 경우 []에 √ 표시)		
		성명	주민(외국인)등록번호	
		연락처	긴급지원대상자와의 관계	
		주소		
		환돌금 입금계좌(※ 긴급지원대상자 또는 통보받을 자에 한함)		
		금융기관	예금주	계좌번호

⑤	「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항, 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호 나목에 따라 위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.	년	월	일
	요청인	(서명 또는 인)		

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 진료비(약제비) 계산서·영수증 - 원의처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서·영수증을 첨부해야 합니다. 2. 긴급의료지원 대상자의 자필서명(날인) 위임장(별지 제2호) 및 신분증(주민등록증 등) 사본 - 긴급의료지원 대상자가 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임장 및 신분증 사본(사망확인 서류 및 긴급의료지원 대상자와의 관계 확인 서류 제출) 3. 위임자와 수임자의 신분증(주민등록증 등) 사본 4. 긴급의료지원 대상자와 통보받을 자가 다른 경우 - 긴급의료지원 대상자와의 관계를 확인할 수 있는 서류 등
------	--

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

⑥	본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다. - 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년 - 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.			
	년 월 일			
	위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ([] 동의함 [] 동의안함) 요청인 (서명 또는 인)			

210mm × 297mm[박상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양급여 대상 여부 확인 요청서 (보장기관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	15일
진료비 확인 요청인 (보장기관)	보장기관명칭	건강복지시청	
	주소 및 담당부서	건강의료지원비확인과	
	담당자 성명	김단이	담당자 연락처 000-0000-0000
	회신방법	[] 이메일 _____ @ _____, [] 우편	
	환불금 입금계좌(※ 보장기관 계좌 작성, 담당자 개인계좌 불가)		
	금융기관	대한민국은행	예금주 건강시청(건강지원과) 계좌번호 000-0000-0000-00

건강의료지원 대상자	성명	홍길동	주민(외국인)등록번호	*****-*****
---------------	----	-----	-------------	-------------

확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용	건강의료지원비 150만원 진료비확인신청
	진료받은 기관	대한민국병원

진료비 확인 결과 통보받을 자	[√] 긴급지원대상자와 동일 (긴급지원대상자와 통보받을 자가 같은 경우 []에 √ 표시)		
	성명	홍길동	주민(외국인)등록번호 *****-*****
	연락처	000-0000-0000	건강지원대상자와의 관계 본인
	주소	대한민국도 건강시 의료지원구 확인동 0번길	
	환불금 입금계좌(※ 긴급지원대상자 또는 통보받을 자에 한함)		
	금융기관	대한민국은행	예금주 황길동 계좌번호 000-0000-000000

「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항, 「건강복지지원법」 제9조제1항제1호 나목에 따라 위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

2024 년 02 월 01 일

요청인

건강복지시청

건강복지
시청장인

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 진료비(약제비) 계산서 · 영수증 - 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서 · 영수증을 첨부해야 합니다.
	2. 건강의료지원 대상자의 자필서명(날인) 위임장(별지 제2호) 및 신분증(주민등록증 등) 사본 - 건강의료지원 대상자가 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임장 및 신분증 사본(사망확인 서류 및 건강의료지원 대상자와의 관계 확인 서류 제출)
	3. 위임자와 수임자의 신분증(주민등록증 등) 사본
	4. 건강의료지원 대상자와 통보받을 자가 다른 경우 - 건강의료지원 대상자와의 관계를 확인할 수 있는 서류 등

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를 위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집 · 이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년
- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

년 월 일

위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까? ([] 동의함 [] 동의안함)

요청인

(서명 또는 인)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	진료받은 사람	■ 진료받은 사람(지원대상자)의 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 연락처 : 휴대폰 등 직접 받을 수 수단 예) 010-0000-0000 - 생년월일 : yyyy년mm월dd일 - 주소 : 현재 지원대상자가 거주하는 도로명 주소
②	요청인 (법정대리인 또는 가족)	■ 요청인(보장기관)의 정보 기재 - 성명 : 보장기관의 명칭(시·군·구) - 생년월일 : 공란(보장기관은 입력하지 않음) - 주소 : 현재 보장기관의 도로명 주소 - 연락처 : 보장기관 담당자 연락처 - 진료받은 사람과의 관계 : 보장기관 담당자 또는 공무원
③	진료받은 기관	■ 진료받은 의료기관명 ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재
④	동의사항	■ 진료받은 기관에게 보장기관에서 제출한 영수증 제공에 관한 동의여부 체크 (★ 필수 동의 사항)
⑤	요청자 서명	■ 본 동의서를 작성한 년/월/일과 요청인 서명 (필수) -지원대상자가 ②을 본인으로 적었을 때 지원대상자 성명과 서명 입력 -보장기관이 적었을 경우 보장기관 명과 직인 (필수)

진료비 영수증 (진료받은 기관) 제공 동의서

①	진료받은 사람	성명	연락처
		생년월일	
		주소	

②	요청인 (법정대리인 또는 가족)	성명	생년월일
		주소	연락처 진료받은 사람과의 관계

③	진료받은 기관	의료기관명
---	---------	-------

④	동의사항	진료받은 기관에서 심사평가원에 진료비 확인 여부를 위한 진료비제출내역 자료를 제출 시 비급여 또는 전액본인부담금의 정확한 금액을 확인하기 위하여 요청되어 제공한 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공할 수 있습니다. - 제공하는 항목: 진료비 또는 약제비 계산서·영수증 - 보유 및 이용기간: 진료받은 기관은 진료비확인 신청일로부터 결장 사항 종료일까지 보유·이용합니다. - 동의 거부 권리 및 불이익 내용: 동의를 거부할 수 있으며, 미동의시 진료비확인 처리기간이 지연될 수 있습니다. 위와 같이 진료비확인 처리를 위해 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공하는 것이 동의하십니까? ([] 동의함 [] 불의함)
---	------	--

⑤	위와 같은 사실에 동의합니다.	년	월	일
	요청인 성명	(서명 또는 인)		
	건강보험심사평가원장 귀하			

210mm×297mm[박상지 80g/㎡]

예시)

진료비 영수증 (진료 받은 기관) 제공 동의서

진료받은 사람	성명	연락처	
	홍길동	000-0000-0000	
	생년월일		
	2001년 01월 01일		
	주소		
	대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 0번길		
요청인 (법정대리인 또는 가족)	성명	생년월일	
	건강복지시청	30000000	
	주소	연락처	진료받은 사람과의 관계
	대한민국도 보건시 복지구 시청로 0	000-0000-0000	긴급의료지원담당자
진료받은 기관	의료기관명		
	대한민국병원		
동의사항	진료받은 기관에서 심사평가원에 진료비 확인 처리를 위한 진료비세부내역 자료를 제출 시 비급여 또는 전액 본인부담금의 정확한 금액을 확인하기 위하여 요청인이 제공한 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공할 수 있습니다. - 제공하는 항목: 진료비 또는 약제비 계산서·영수증 - 보유 및 이용기간: 진료받은 기관은 진료비확인 신청일부터 결정사항 통보일까지 보유·이용합니다. - 동의 거부 권리 및 불이익 내용: 동의를 거부할 수 있으며, 미동의시 진료비확인 처리기간이 지연될 수 있습니다. 위와 같이 진료비확인 처리를 위해 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공하는 것이 동의하십니까? ([☒] 동의함 [] 동의안함)		

위와 같은 사실에 동의합니다.

2024 년 02 월 01 일

요청인 성명 홍길동 (서명 또는 인)



건강보험심사평가원장 귀하

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	위임하는 사람 (긴급의료 지원대상자)	■ 지원대상자 측 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 연락처 : 자택 연락처 공란 시 휴대전화 연락처 기재 - 생년월일 : yyyy년mm월dd일 - 주소 : 현재 지원대상자가 거주지인 도로명 주소
②	위임받는 사람 (수임자)	■ 보장기관 담당자의 정보 기재 - 보장기관명칭: 보장기관(지자체) 명칭 - 보장기관의 장: 보장기관(자자체)장 성명 - 주소: 보장기관 도로명 주소 - 연락처: 보장기관 담당자 연락처
③	확인대상	■ 진료받은 의료기관명과 진료기간 ex) 서울대학교병원 2023-01-01 ~ 2023-01-10
④	위임내용	■ 지원대상자 측에서 각 위임내용에 대한 위임동의 여부체크
⑤	위임자, 수임자 서명	■ 위임장을 작성한 년/월/일과 위임하는 사람(위임인), 위임받는 사람(수임인) 자필서명(날인) (필수) - 위임하는 사람(위임인) : 지원대상자 성명과 서명 - 위임받는 사람(수임인) : 보장기관명칭과 직인

진 료 비 확 인 요 청 위 임 장 (보 장 기 관)

① 위임하는 사람 (긴급의료 지원대상자)	성명	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 :
	생년월일	
	주소	
② 위임받는 사람 (수임인)	보장기관명칭	보장기관의 장
	주소	연락처
③ 확인대상	의료기관명	진료기관
	※ 진료받은 의료기관이 복수인 경우 모두 표기 (재입원) 후퇴할 경우 별기 기재)	
④ 위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3) 및 긴급복지지원법 제9조에 의한 진료비 확인요청[요양(의료)급여대상여부 확인 등]에 관한 사항	
	[] 진료비 확인 요청 접수 [] 이익신청 접수 [] 심판청구(행정심판) 접수 [] 진료비영수증(진료받은기관) 제공에 관한 사항 ※ 상기 항목에 대해 위임 의사()한에 표시하여 주시기 바랍니다.	
⑤	위의 확인대상 및 내용에 대한 사항을 위임합니다.	
	년 월 일	
	위임하는 사람(위임인) : (서명 또는 인) 위임받는 사람(수임인) : (서명 또는 인)	
	※ 첨부서류 : 위임하는 사람(긴급지원대상자) 신분증(주민등록증 등) 사본 1부 건강보험심사평가원장 귀하	

210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

예시)

진료비 확인 요청 위임장 (보장기관)

위임하는 사람 (긴급의료 지원대상자)	성명 홍길동	연락처 ○ 자택 : 000-0000-0000 ○ 휴대전화 : 000-0000-0000
	생년월일 2001년 01월 01일	
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 0번길	
위임받는 사람 (수임인)	보장기관명칭 건강복지시청	보장기관의 장 홍상직
	주소 대한민국도 보건시 복지구 시청로 0	연락처 000-0000-0000
확인대상	의료기관명	진료기간
	대한민국병원	2024.01.01. ~ 2024.01.31.
	※ 진료받은 의료기관이 복수인 경우 모두 표기 (작성란이 부족할 경우 별지 작성)	
위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3) 및 긴급복지지원법 제9조에 의한 진료비 확인요청[요양(의료)급여대상여부 확인 등]에 관한 사항	
	[√]진료비 확인 요청 접수 [√]이의신청 접수 [√]심판청구(행정심판) 접수 [√]진료비영수증(진료받은기관) 제공에 관한 사항 ※ 상기 항목에 대해 위임 의사를 []안에 √ 표시하여 주시기 바랍니다.	

위의 확인대상 및 내용에 대한 사항을 위임합니다.

2024 년 02 월 01 일

위임하는 사람(위임인) : **홍길동**
위임받는 사람(수임인) : **건강복지시청**

(서명 또는 인)

**건강복지
시청장인**

※ 첨부서류 : 위임하는 사람(긴급지원대상자) 신분증(주민등록증 등) 사본 1부

건강보험심사평가원장 귀하

연번	항목	작성 가이드
①	진료받는 사람	■ 진료받은 사람(지원대상자)의 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 생년월일 : yyyy년mm월dd일 - 진료받은 기관 : 의료기관명 ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재
②	환불금 지급계좌	■ 환불금 지급 요청자(환불금이 발생)의 계좌 기재 - 예금주 성명 : 해당 계좌의 받는 사람 - 금융기관/계좌번호 : 지원대상자 혹은 보장기관의 은행명과 계좌번호 - 연락처 : 지원대상자 휴대전화 / 긴급의료지원담당자 연락처 - 진료받은 사람과의 관계 : 지원대상자는 본인, 보장기관은 보장기관 담당자 또는 공무원 - 진료받은 사람과 동일하십니까? : 본인이면 []네 본인이 아닐 경우 []아니오 '✓' 체크
③	신청인 서명	■ 통보서 작성한 일자와 신청인 필수 기재 - 보장기관 환불금 계좌를 적었을 경우 * 보장기관의 장의 성명과 직인 (필수) - 지원대상자 환불금 계좌를 적었을 경우 * 지원대상자 성명과 서명 (필수)

환 불 금 지 급 계 좌 통 보 서

([] 신 규 / [] 변 경)

①	진료받은 사람	성명	생년월일
		진료받은 기관	

②	환불금 지급계좌	예금주 성명	금융기관/계좌번호
		연락처	진료받은 사람과의 관계
	※ 진료받은 사람과 동일하십니까? ☐ 네 ☐ 아니오 환불금 지급계좌 예금주와 진료비 확인 신청자가 동일하지 않은 경우, 환불금 지급 요청 관련 동의서(환자 자필서명 또는 날인) 또는 위임장, 환자와의 관계를 확인할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)등을 첨부하여야 함		

③	위와 같은 사실을 통보합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인)		
	※ 첨부서류: 변경 후 통장(계좌번호 표시) 사본 1부.		
	건강보험심사평가원장 귀하		

210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

예시)

환 불 금 지 급 계 좌 통 보 서
([☒] 신 규 / [☐] 변 경)

진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일
	진료받은 기관 대한민국병원	
환불금 지급계좌	예금주 성명 홍길동	금융기관/계좌번호 대한민국은행/000-0000-000000
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 본인
	※ 진료받은 사람과 동일하십니까? [☒] 네 [☐] 아니오 환불금 지급계좌 예금주와 진료비 확인 신청자가 동일하지 않은 경우, 환불금 지급 요청 관련 동의서(환자 자필서명 또는 날인) 또는 위임장, 환자와의 관계를 확인할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)등을 첨부하여야 함	

위와 같은 사실을 통보합니다.

2024 년 02 월 01 일

신청인 : **홍길동** (서명 또는 인)

※ 첨부서류: 변경 후 통장(계좌번호 표시) 사본 1부.

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

예시)

환 불 금 지 급 계 좌 통 보 서
([✓] 신 규 / [] 변 경)

진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년 01월 01일
	진료받은 기관 대한민국병원	
환불금 지급계좌	예금주 성명 건강시청(긴급지원과)	금융기관/계좌번호 대한민국은행/000-0000-0000-00
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 공무원 또는 긴급지원담당자
	※ 진료받은 사람과 동일하십니까? [] 네 [✓] 아니오 환불금 지급계좌 예금주와 진료비 확인 신청자가 동일하지 않은 경우, 환불금 지급 요청 관련 동의서(환자 자필서명 또는 날인) 또는 위임장, 환자와의 관계를 확인할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)등을 첨부하여야 함	

위와 같은 사실을 통보합니다.

2024 년 02 월 01 일

신청인 : 건강복지시청

건강복지
시청장인
(서명 또는 인)

※ 첨부서류: 변경 후 통장(계좌번호 표시) 사본 1부.

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

연번	항목	작성 가이드
①	이의신청 요청인	■ 이의신청 요청인의 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 또는 보장기관명 - 생년월일(기관기호) : 긴급지원대상자의 yyyy년mm월dd일 - 보장기관 : 보장기관 기호 - 연락처 : 이의신청 제기자(지원대상자/요양기관) 연락처 - 진료받은 사람과의 관계 : 지원대상자는 본인성명, 보장기관은 보장기관 담당자 또는 공무원 - 주소 : 요청인의 도로명 주소
②	진료받은 사람	■ 진료받은 사람 입력 - 성명 : 지원대상자 - 생년월일 : yyyy년 mm월 dd일 - 진료받은 기관: 기관명칭을 정확하게 기재 ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재
③	진료비 확인 결과 내용	■ 결과 : 심평원에서 받은 우편 또는 이메일 심사결정 안내문 - 심사결정 정당이면 ‘정당’으로 기재 - 심사결정 환불이면 ‘환불’로 기재 ■ 환불금총액 - ‘정당’ → 0원으로 입력 - ‘환불’ → 심사결정에 나온 환불금액 ■ 이의신청금액 : 환불금액과 동일하게 기재 ※문서번호는 기재하지 않음
④	이의신청 내용	■ 이의신청 취지: 이의신청을 제기한 사유 ■ 첨부서류: 원심 외 서류 추가제출
⑤	신청자 서명	■ 이의신청하는 년/월/일과 신청자 성명과 서명 필수 기재 -지원대상자가 작성하는 경우 성명과 서명 기재 -보장기관이 작성할 경우 보장기관명과 직인 기재

진료비 확인 이의신청서 ([] 개인 / [] 요양기관 / [] 보장기관)

※ 신청이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당하는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호 _____ 접수일 _____

①	이의신청 요청인	성명(기관명)	생년월일(기관가호)
		연락처	진료받은 사람과의 관계
		주소	

②	진료받은 사람	성명	생년월일
		진료받은 기관	

③	진료비 확인 결과 내용	결과 (※ 관별, 정당 등)	문서번호
		환불금 총액	이의신청 금액

④	이의신청 내용	이의신청 취지
		첨부서류

⑤	「국민건강보험법」 제 87조에 따라 위와 같이 이의신청합니다.		
		년	월
	신청자 성명	(서명 또는 인)	
건강보험심사평가원장 귀하			

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

예시)

진 료 비 확 인 이 의 신 청 서
([√] 개 인 / [] 요 양 기 관 / [] 보 장 기 관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일
이의신청 요청인	성명(기관명) 홍길동	생년월일(기관기호) 2001년01월01일
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 본인
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 0번길	
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일
	진료받은 기관 대한민국병원	
진료비 확인 결과 내용	결과 정당	문서번호
	환불금 총액 0원	이의신청 금액 0원
이의신청 내용	이의신청 취지 MRI비급여 비용에 대해서 심사요청을 했는데 정당이 나와서 이의신청을 합니다.	
	첨부서류	

「국민건강보험법」 제87조에 따라 위와 같이 이의신청합니다.

2024 년 02 월 01 일

신청자 성명 홍길동 (서명 홍길동 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

예시)

진 료 비 확 인 이 의 신 청 서
([] 개 인 / [] 요 양 기 관 / [✓] 보 장 기 관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 ✓ 표시를 합니다.

접수번호		접수일
이의신청 요청인	성명(기관명) 건강복지시청	생년월일(기관기호) 3000000
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 긴급지원담당자
	주소 대한민국도 보건시 복지구 시청로 0	
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일
	진료받은 기관 대한민국병원	
진료비 확인 결과 내용	결과 정당	문서번호
	환불금 총액 0원	이의신청 금액 0원
이의신청 내용	이의신청 취지 MRI비급여 비용에 대해서 심사요청을 했는데 정당이 나와서 이의신청을 합니다.	
	첨부서류	

「국민건강보험법」 제87조에 따라 위와 같이 이의신청합니다.

2024 년 02 월 01 일

신청자 성명 건강복지시청

건강복지
시청장인

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	행정심판 (☐ 건강보험 ☐ 의료급여) 청구서	☒ 건강보험 또는 의료급여 체크
②	청구인 (처분을 받은 자),	☒ 청구인(처분을 받은 자) 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 주소 : 도로명 주소로 입력 - 주민등록번호 : 지원대상자 - 전화번호 :긴급지원대상자 휴대폰번호
②-1	대표자, 피청구인 (처분을 한 자),	☒ 대표자(보장기관이 작성할 경우) - []대표자, []관리인, []선정대표자, []대리인 중 대리인 체크 - 성명 : 보장기관명 - 주소 : 도로명 주소로 기재 - 전화번호 : 이의신청 제기자(지원대상자/요양기관) 연락처 ☒ 피청구인 : 건강보험심사평가원으로 체크
③	처분이 있음을 안 날 심판청구 취지 및 청구이유	☒ 처분이 있음을 안 날 - 건강보험심사평가원에서 심사결정 안내문을 우편/이메일을 확인한 날자로 기재 ☒ 심판청구 취지 및 청구 이유 - 심판청구 하는 사유 기재
④	청구인	☒ 청구서를 작성한 일자와 청구인 필수 기재 - 지원대상자가 작성하는 경우 성명과 서명 기재 - 보장기관이 작성할 경우 보장기관명과 직인 기재

① 행정심판 (☐ 건강보험 ☐ 의료급여) 청구서

접수번호		접수일	
청구인 (처분을 받은 자)	성명		
	주소		
	주민등록번호(외국인등록번호, 법인등록번호, 요양기호)		
	전화번호		
☐ 대표자 ☐ 관리인 ☐ 선정대표자 ☐ 대리인	성명		
	주소		
	주민등록번호(외국인등록번호)		
	전화번호		
피청구인 (처분을 한 자)	☐ 국민건강보험공단 (본부, 지역본부, 지사)		☐ 건강보험심사평가원 (본원, 지원)

처분 내용 또는
부작위 내용

처분이 있음을 안 날
(이외신청 결정서를 받은 날)

년 월 일

심판청구 취지 및 청구
이유

(세부 사항은 별지로 작성 가능)

처분청의 불복절차 고지 유무

☐ 유

☐ 무

처분청의 불복절차
고지내용

증거 서류

「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」 제30조의2에 따라 위와 같이 행정심판을 청구합니다.

년 월 일

청구인

(서명 또는 인)

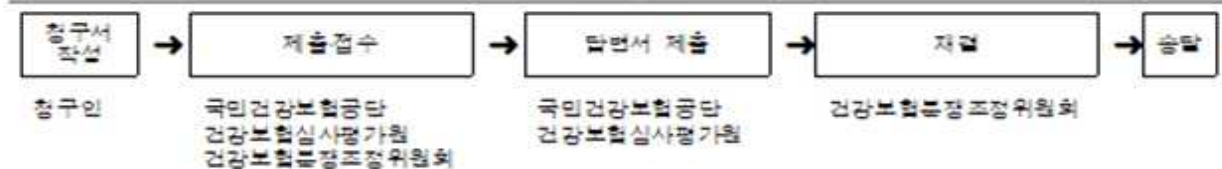
건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류

1. 대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인의 자격을 소명하는 서류(대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인을 선임하는 공무에 한 해를 합니다.)
2. 부장을 뒷받침하는 증거서류나 증거물

수수료
영문

처리 절차



210mm×297mm[직상지 80g/㎡]

예시)

행정심판 (☐ 건강보험 ☐ 의료급여) 청구서

접수번호		접수일	
청구인 (처분을 받은 자)	성명 홍길동		
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 0번길		
	주민등록번호(외국인등록번호, 법인등록번호, 요양기호) *****-*****		
	전화번호 000-0000-0000		
[] 대표자 [] 관리인 [] 선정대표자 [] 대리인	성명 대한민국병원		
	주소 저울도 설산시 동장군구 영하로 0		
	주민등록번호(외국인등록번호)		
	전화번호 000-0000-0000		
피청구인 (처분을 한 자)	☐ 국민건강보험공단		☒ 건강보험심사평가원
	(본부, 지역본부, 지사)		(본원, 지원)
처분 내용 또는 부작위 내용			
처분이 있음을 안 날 (이의신청 결정서를 받은 날)		2024 년 02 월 01 일	
심판청구 취지 및 청구 이유		MRI비급여 비용에 대해서 이의신청을 했는데 정당이 나와서 심판청구 신청을 합니다. (세부 사항은 별지로 작성 가능)	
처분청의 불복절차 고지 유무		☐ 유 ☐ 무	
처분청의 불복절차 고지내용			
증거 서류			

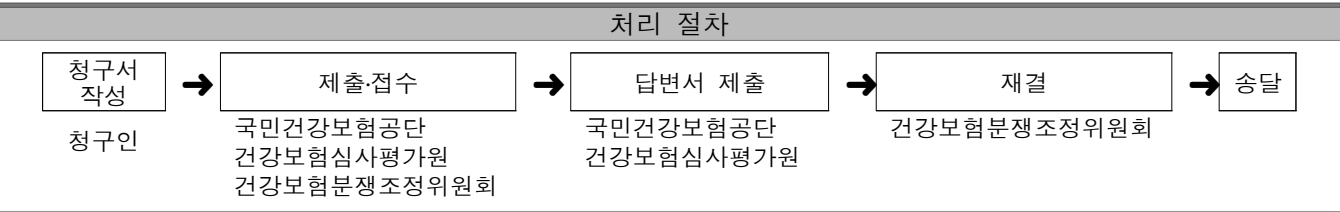
「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」 제30조의2에 따라 위와 같이 행정심판을 청구합니다.

2024 년 **02** 월 **01** 일

청구인 **홍길동**  (서명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	1. 대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인의 자격을 소명하는 서류(대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인을 선임하는 경우에만 제출합니다.) 2. 주장을 뒷받침하는 증거서류나 증거물	수수료 없음
------	--	-----------



210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

예시)

행정심판 (☐ 건강보험 ☐ 의료급여) 청구서

접수번호		접수일	
청구인 (처분을 받은 자)	성명 건강복지시청		
	주소 대한민국도 보건시 북지구 시청로 0		
	주민등록번호(외국인등록번호, 법인등록번호, 요양기호) 3000000		
	전화번호 000-0000-0000		
☐ 대표자 ☐ 관리인 ☐ 선정대표자 ☐ 대리인	성명 대한민국병원		
	주소 저울도 설산시 동장군구 영하로 0		
	주민등록번호(외국인등록번호)		
	전화번호 000-0000-0000		
피청구인 (처분을 한 자)	☐ 국민건강보험공단	☒ 건강보험심사평가원	
	(본부, 지역본부, 지사)	(본원, 지원)	
처분 내용 또는 부작위 내용			
처분이 있음을 안 날 (이의신청 결정서를 받은 날)		2024 년 02 월 01 일	
심판청구 취지 및 청구 이유		MRI비급여 비용에 대해서 이의신청을 했는데 정당이 나와서 심판청구 신청을 합니다. (세부 사항은 별지로 작성 가능)	
처분청의 불복절차 고지 유무		☐ 유 ☐ 무	
처분청의 불복절차 고지내용			
증거 서류			

「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」 제30조의2에 따라 위와 같이 행정심판을 청구합니다.

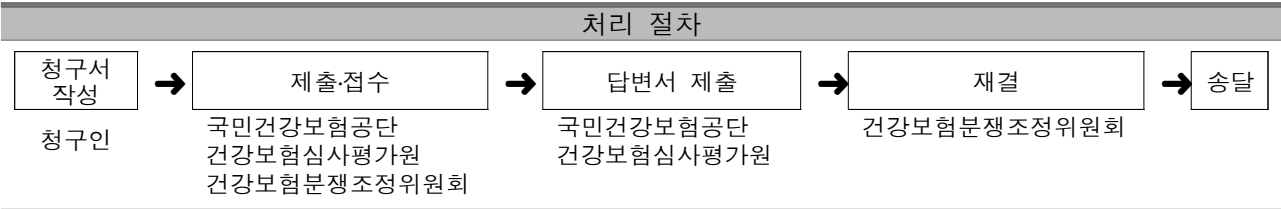
2024 년 **02** 월 **01** 일

청구인 **건강복지시청** (서명 또는 인)

**건강복지
청장**

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	1. 대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인의 자격을 소명하는 서류(대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인을 선임하는 경우에만 제출합니다.) 2. 주장을 뒷받침하는 증거서류나 증거물	수수료 없음
------	--	-----------



210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	의료기관 등	■ 기관명칭 : 지원대상자가 진료받은 기관명칭 기재 ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재 ■ 기관기호: 의료기관 등을 기재하되 모를 경우는 미기재 ■ 연락처: 의료기관 등의 이의신청 담당자 번호 ■ 주소: 해당 의료기관 등의 도로명 주소
②	진료받은 사람	■ 진료받은 사람(지원대상자)의 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 생년월일 : yyyy년 mm월 dd일
③	취하사유	■ 4가지 항목 중 선택 - 기타 사유인 경우 4번 체크 후 반드시 사유 기재
④	취하 신청자 (요양기관) 성명	■ 취하서를 작성한 일자와 취하 신청자 서명 필수 기재 - 지원대상자가 작성하는 경우 성명과 서명 기재 - 보장기관에서 작성할 경우 보장기관명과 직인 기재

이 의 신 청 취 하 서 (요 양 기 관)

접수일자(접수번호)

①

요양기관	기관명칭	기관기호
	연락처	
	주소	

②

진료받은 사람	성명	생년월일
------------	----	------

③

취하사유	연번	취하사유	확인
	1	중복 요청	[]
	2	사후조사 결과 부정적으로 결정	[]
	3	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	4	위 사유 이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

④

위와 같이 취하서를 제출합니다.

년 월 일

취하 신청자(요양기관) 성명

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

예시)

이 의 신 청 취 하 서 (요 양 기 관)

접수일자(접수번호)			
요양기관	기관명칭 대한민국병원	기관기호 30000000	
	연락처 000-0000-0000(대표번호)		
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인로 0-01번길		
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일	
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	중복 요청	[]
	2	사후조사 결과 부정적으로 결정	[]
	3	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	4	위 사유 이외의 경우 구체적 사유 기재	[☒]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

2024 년 02 월 01 일

취하 신청자(요양기관) 성명 홍길동 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

예시)

이 의 신 청 취 하 서 (요 양 기 관)

접수일자(접수번호)			
요양기관	기관명칭 대한민국병원	기관기호 30000000	
	연락처 000-0000-0000(대표번호)		
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인로 0-01번길		
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일	
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	중복 요청	[]
	2	사후조사 결과 부정적으로 결정	[]
	3	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	4	위 사유 이외의 경우 구체적 사유 기재	[☒]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

2024 년 02 월 01 일

취하 신청자(요양기관) 성명

건강복지시청

건강복지
(성명 또는 예)

건강보험심사평가원장 귀하

연번	항목	작성 가이드
①	요청인 / 보장기관	■ 진료비 확인 요청 취하서(개인 / 보장기관) 체크 ■ 보장기관 정보 기재 - 성명(기관명칭) : 보장기관명 - 생년월일(기관기호) : 보장기관 기호 - 연락처 : 보장기관 담당자 연락처 - 진료받은 사람과의 관계 : 보장기관 담당자 또는 공무원 - 주소 : 보장기관 도로명 주소
②	진료받은 사람	■ 진료받은 사람(지원대상자) 정보 기재 - 성명 : 지원대상자 - 생년월일 : yyyy년 mm월 dd일
③	진료받은 기관	■ 지원대상자가 진료받은 의료기관명 정확하게 기재 ex) 한림대학교병원 → 한림대학교 00성심병원 - 지역명이 포함되는 경우, 해당 지역명까지 포함하여 기재
④	취하사유	■ 6가지 항목중 선택 - 기타 사유인 경우 4번 체크 후 반드시 사유 기재
⑤	취하 신청자 성명	■ 취하서를 작성한 년/월/일과 취하 신청자 성명과 서명 필수 기재 - 지원대상자가 작성하는 경우 성명과 서명 기재 - 보장기관에서 작성할 경우 보장기관명과 직인 기재

진료비 확인 요청 취하서

([]개 인 / []보 장 기 관)

접수일자		접수번호	
------	--	------	--

①

요청인 / 보장기관	성명(기관명칭)	생년월일(기관기호)
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	주소	

②

진료받은 사람	성명	생년월일
---------	----	------

③

진료받은 기관	
---------	--

④

취하사유	연번	취하사유	확인
	1	병원으로부터 환불 받음	[]
	2	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	[]
	3	병원으로부터 회유·협박 등 강압적인 취하중용 받음	[]
	4	항후 진료상 불이익 우려	[]
	5	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	6	위 사유이외의 경우 구체적 사유기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

⑤

취하 신청자 성명 (서명 또는 인)	년 월 일
--	--

건강보험심사평가원장 귀하

210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

예시)

진료비 확인 요청 취하서
([☒] 개인 / [] 보장기관)

접수일자		접수번호	
요청인 / 보장기관	성명(기관명칭) 홍길동	생년월일(기관기호) 2001년01월01일	
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 본인	
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인도 0		
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일	
진료받은 기관	대한민국병원		
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	병원으로부터 환불 받음	[]
	2	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	[☒]
	3	병원으로부터 회유·협박 등 강압적인 취하종용 받음	[]
	4	향후 진료상 불이익 우려	[]
	5	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	6	위 사유이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

2024 년 02 월 01 일

취하 신청자 성명 **홍길동** (서명 또는 인)

홍길동

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

예시)

진료비 확인 요청 취하서
([] 개인 / [☒] 보장기관)

접수일자		접수번호	
요청인 / 보장기관	성명(기관명칭) 건강복지시청	생년월일(기관기호) 3000000	
	연락처 000-0000-0000	진료받은 사람과의 관계 진급지원담당자	
	주소 대한민국도 보건시 복지구 시청로 0		
진료받은 사람	성명 홍길동	생년월일 2001년01월01일	
진료받은 기관	대한민국병원		
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	병원으로부터 환불 받음	[]
	2	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	[☒]
	3	병원으로부터 회유·협박 등 강압적인 취하종용 받음	[]
	4	향후 진료상 불이익 우려	[]
	5	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	6	위 사유이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

2024 년 02 월 01 일

취하 신청자 성명 건강복지시청

건강복지
시청장인

건강보험심사평가원장 귀하

연 번	항 목	작 성 가 이 드
①	청구인 피청구인 청구인과의 관계	■ 행정심판 당시 청구했던 정보 기재 - 성명 : 보장기관이 신청했을 경우 보장기관명 - 주소 : 도로명 주소 입력 - 피청구인 : 건강보험심사평가원(본원)으로 입력 - 청구인과의 관계 : [] 대리인 체크 - 취하취지: 취하하고자 하는 취지 - 취하사유: 취하하고자 하는 이유 ※ 상단의 접수번호, 접수일, 사건번호, 사건명은 미기재
②	취하인 서명 등	■ 행정심판 청구를 취하하는 일자와 취하 신청자 성명 및 서명 기재 - 지원대상자가 작성하는 경우 성명과 서명 기재 - 보장기관에서 작성할 경우 보장기관명과 직인 기재

행정심판 청구 취하서

접수번호	접수일	
------	-----	--

사건번호		사건명	
① 청구인	성명		
	주소		
피청구인			
청구인과의 관계	☐ 본인 ☐ 대표자 ☐ 관리자 ☐ 선정대표자 ☐ 대리인		
취하 취지			
취하 이유			

「건강보험분쟁조정위원회 운영에 관한 규정」 제4조에 따라 위와 같이 심판청구를 취하합니다.

년 월 일

② 취하인 (서명 또는 인)
건강보험분쟁조정위원회 귀중

합동서봉	선정대표자가 취하하는 경우에는 다른 청구인들의 취하 불리서	수수료 없음
-------------	----------------------------------	-----------

처리 절차



210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

예시)

행정심판 청구 취하서

접수번호	접수일			
사건번호		사건명		
청구인	성명 홍길동			
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인도 0			
피청구인	대한민국병원			
청구인과의 관계	[☒] 본인 [☐] 대표자 [☐] 관리인 [☐] 선정대표자 [☐] 대리인			
취하 취지	MRI비급여 비용에 대해서 이의신청을 했는데 정당이 나와서 심판청구 신청을 취하합니다.			
취하 이유	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함			

「건강보험분쟁조정위원회 운영에 관한 규정」 제4조에 따라 위와 같이 심판청구를 취하합니다.

2024 년 04 월 30 일

취하인 **홍길동** (서명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	선정대표자가 취하하는 경우에는 다른 청구인들의 취하 동의서	수수료 없음
------	----------------------------------	-----------

처리 절차

취하서 작성



접수

취하인

건강보험분쟁조정위원회

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

예시)

행정심판 청구 취하서

접수번호	접수일			
사건번호		사건명		
청구인	성명 건강복지시청			
	주소 대한민국도 보건시 북지구 시청로 0			
피청구인	대한민국병원			
청구인과의 관계	☐ 본인 ☐ 대표자 ☐ 관리인 ☐ 선정대표자 ☒ 대리인			
취하 취지	MRI비급여 비용에 대해서 이의신청을 했는데 정당이 나와서 심판청구 신청을 취하합니다.			
취하 이유	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함			

「건강보험분쟁조정위원회 운영에 관한 규정」 제4조에 따라 위와 같이 심판청구를 취하합니다.

2024 년 02 월 01 일

취하인 **건강복지시청** **건강복지시청장인**
(성명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	선정대표자가 취하하는 경우에는 다른 청구인들의 취하 동의서	수수료 없음
처리 절차		
취하서 작성	→	접수
취하인		건강보험분쟁조정위원회

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

10 환불금 수령 위임장 작성가이드

연번	항목	작성 가이드
①	위임하는 사람 (위임인)	■ 위임하는 사람(위임인) 정보 기재 - 성명: 환불금 통보받은 사람 - 연락처 : 환불금 통보받은 사람 휴대전화만 기재 - 생년월일 : 환불금 통보받은 사람 ex) yyyy년mm월dd일 - 주소 : 환불금 통보받은 사람 현재 도로명 주소
②	위임받는 사람 (수임인)	■ 위임받는 사람(수임인) 정보 기재 - 성명 : 환불금 위임받는 사람 - 생년월일 : 환불금 위임받는 사람 ex) yyyy년mm월dd일 - 주소 : 환불금 위임받는 사람 현재 도로명 주소 - 연락처 : 환불금 위임받는 사람 휴대전화만 기재 - 위임인과의 관계 : 환불금 위임하는 사람과의 관계 ex) 친구, 직장동료 등등
③	위임내용	■ 위임내용 기재 - 예금주 : 환불금 위임받는 사람 - 은행명 : 입금 가능한 은행으로 기재 - 계좌번호 : 입금 가능한 계좌로 기재 ※ 계좌정보가 올바르지 않은 경우 통장사본 요청 예정 (환불금 수령 위임장 제출 시 통장 사본 제출 권장)
④	위임하는 사람 (위임인) 서명	■ 년/월/일 과 위임하는 사람(위임인) 성명 과 서명 기재 - 위임인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 제출(필수)

환 불 금 수 령 위 임 장

①	위임하는 사람 (위임인)	성명	연락처 ○ 지택 : ○ 휴대 전화 :
		생년월일	
		주소	

②	위임받는 사람 (수임인)	성명	생년월일
		주소	연락처 ○ 지택 : ○ 휴대 전화 :
		위임인과의 관계	

③	위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3)에 의한 진료비 확인요청 [요양(의료)급여대상여부 확인 등] 관련 환불금 수령에 관한 사항			
		입금 계좌	예금주	은행명	계좌번호

④	위와 같은 사실을 위임합니다.		
	년 월 일		
	위임하는 사람(위임인) : (서명 또는 인)		
	* 첨부서류 : 위임하는 사람 인감증명서 1부, - 주 : 인감증명서는 본인서명사실 확인 등에 관한 법률에 따른 「본인서명사실 확인서」로 대체 가능 이 경우 "인감인"에 본인서명 날인 건강보험심사평가원장 귀하		

210mm × 297mm [박상지 80g/㎡]

예시)

환 불 금 수 령 위 입 장

위임하는 사람 (위임인)	성명 황길동	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 : 000-0000-0000	
	생년월일 2001년01월01일		
	주소 주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 0번길		

위임받는 사람 (수임인)	성명 곰단이	생년월일 2001년12월31일
	주소 대한민국도 긴급시 의료지원구 확인동 1004번길 1004	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 : 000-0000-0000
	위임인과의 관계 부인	

위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3)에 의한 진료비 확인요청 [요양(의료)급여대상여부 확인 등] 관련 환불금 수령에 관한 사항		
	입금 계좌	예금주 차돌바위	은행명 구급은행
		계좌번호 0000-000-000000-00	

위와 같은 사실을 위임합니다.

2024 년 03 월 01 일

위임하는 사람(위임인) : **홍길동** (서명 받는 인)



※ 첨부서류 : 위임하는 사람 인감증명서 1부.
- 주: 인감증명서는 본인서명사실 확인 등에 관한 법률에 따른 「본인서명사실 확인서」로 대체 가능
이 경우 “인감인”에 본인서명 날인

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

진료비 확인 대상자 긴급의료비지원비 내역서[예시]

연 번	성 명	생 년 월 일	주 소	의 료 기 관	긴급의료비지원금			보 험 구 분
					급 여	비 급 여	총 지원 금	
1	홍길동	123456	서울시 OO구 OO동 OO아파트	OO병원	783,488	2,216,512	3,000,000	건강 보험
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

※ 진료비 확인 신청 대상자가 다수일 경우 일괄 작성 가능

부록 4. 긴급의료지원비 확인요청 관련서식

[4-1. 요양급여 대상여부 확인 요청서 (보장기관)]

요양급여대상여부확인요청서(보장기관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	15일
진료비 확인 요청인 (보장기관)	보장기관명칭	보장기관기호	
	주소 및 담당부서		
	담당자 성명	담당자 연락처	
	회신방법 [] 이메일 _____ @ _____, [] 우편		
	환불금 입금계좌(※ 보장기관 계좌 작성, 담당자 개인계좌 불가)		
금융기관	예금주	계좌번호	
긴급의료지원 대상자	성명	주민(외국인)등록번호	
확인 요청 내용 및 진료받은 기관	확인 요청 내용		
	진료받은 기관		
진료비 확인 결과 통보받을 자	[] 긴급지원대상자와 동일 (긴급지원대상자와 통보받을 자가 같은 경우 []에 √ 표시)		
	성명	주민(외국인)등록번호	
	연락처	긴급지원대상자와의 관계	
	주소		
	환불금 입금계좌(※ 긴급지원대상자 또는 통보받을 자에 한함)		
금융기관	예금주	계좌번호	

「국민건강보험법」 제48조 및 같은 법 시행규칙 제22조의3제1항, 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따라
위와 같이 요양급여 대상 여부 확인을 요청합니다.

년 월 일
요청인 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류

1. 진료비(약제비) 계산서·영수증
- 원외처방 약제비에 대한 확인 요청을 하는 경우에는 해당 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비
계산서·영수증을 첨부해야 합니다.

2. 긴급의료지원 대상자의 자필서명(날인) 위임장(별지 제2호) 및 신분증(주민등록증 등) 사본
- 긴급의료지원 대상자가 사망한 경우 가족, 법정상속인 또는 법정대리인의 위임장 및 신분증 사본
(사망확인 서류 및 긴급의료지원 대상자와의 관계 확인 서류 제출)

3. 위임자와 수임자의 신분증(주민등록증 등) 사본

4. 긴급의료지원 대상자와 통보받을 자가 다른 경우
- 긴급의료지원 대상자와의 관계를 확인할 수 있는 서류 등

개인정보 수집 및 이용 동의(선택)

본인은 이 건 요양급여 대상 여부 확인 요청 처리에 대한 고객만족도 조사 및 관련 제도개선에 필요한 의견조사를
위해 전화번호, 휴대전화번호 등을 수집·이용하는 것에 동의합니다.

- 보유 및 이용기간: 요양급여 대상 여부 확인 결과 통보일부터 1년

- 해당 내용에 대하여 개인정보를 수집·이용하는데 동의하지 않을 수 있습니다.

년 월 일
위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ([] 동의함 [] 동의안함)
요청인 (서명 또는 인)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

- 70 -

[4-2. 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공 동의서]

진 료 비 영 수 증 (진 료 받 은 기 관) 제 공 동 의 서

진료받은 사람	성명	연락처	
	생년월일		
	주소		
요청인 (법정대리인 또는 가족)	성명	생년월일	
	주소	연락처	진료받은 사람과의 관계
진료받은 기관	의료기관명		
동의사항	진료받은 기관에서 심사평가원에 진료비 확인 처리를 위한 진료비세부내역 자료를 제출 시 비급여 또는 전액본인부담금의 정확한 금액을 확인하기 위하여 요청인이 제공한 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공할 수 있습니다. - 제공하는 항목: 진료비 또는 약제비 계산서·영수증 - 보유 및 이용기간: 진료받은 기관은 진료비확인 신청일부터 결정사항 통보일까지 보유·이용합니다. - 동의 거부 권리 및 불이익 내용: 동의를 거부할 수 있으며, 미동의시 진료비확인 처리기간이 지연될 수 있습니다. 위와 같이 진료비확인 처리를 위해 진료비 계산서·영수증을 진료받은 기관에 제공하는 것이 동의하십니까? (☐) 동의함 (☐) 동의안함		

위와 같은 사실에 동의합니다.

년 월 일

요청인 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[4-3. 진료비 확인 요청 위임장 (보장기관)]

진 료 비 확 인 요 청 위 임 장 (보 장 기 관)

위임하는 사람 (지원대상자)	성명	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 :
	생년월일	
	주소	
위임받는 사람 (수임인)	보장기관명칭	보장기관의 장
	주소	연락처
확인대상	의료기관명	진료기간
	※ 진료받은 의료기관이 복수인 경우 모두 표기 (작성란이 부족할 경우 별지 작성)	
위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3) 및 긴급복지지원법 제9조에 의한 진료비 확인요청 [요양(의료)급여대상여부 확인 등]에 관한 사항 []진료비 확인 요청 접수 []이의신청 접수 []심판청구(행정심판) 접수 []진료비영수증(진료받은기관) 제공에 관한 사항 ※ 상기 항목에 대해 위임 의사를 []안에 √ 표시하여 주시기 바랍니다.	

위의 확인대상 및 내용에 대한 사항을 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람(위임인) : (서명 또는 인)
위임받는 사람(수임인) : (서명 또는 인)

※ 첨부서류 : 위임하는 사람(긴급지원대상자) 신분증(주민등록증 등) 사본 1부

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[4-4. 진료비 확인 요청 취하서 (개인/보장기관)]

진 료 비 확 인 요 청 취 하 서 ([] 개 인 / [] 보 장 기 관)

접수일자		접수번호	
요청인 / 보장기관	성명(기관명칭)	생년월일(기관기호)	
	연락처	진료받은 사람과의 관계	
	주소		
진료받은 사람	성명	생년월일	
진료받은 기관			
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	병원으로부터 환불 받음	[]
	2	병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	[]
	3	병원으로부터 회유·협박 등 강압적인 취하종용 받음	[]
	4	향후 진료상 불이익 우려	[]
	5	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	6	위 사유이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

년 월 일

취하신청자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[4-5. 진료비 확인 이의신청서 (개인/의료기관/보장기관)]

진료비 확인 이의 신청서
([] 개인 / [] 의료기관 등 / [] 보장기관)

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일
이의신청 요청인	성명(기관명)	생년월일(기관기호)
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	주소	
진료받은 사람	성명	생년월일
	진료받은 기관	
진료비 확인 결과 내용	결과(※환불, 정당 등)	문서번호
	환불금 총액	이의신청 금액
이의신청 내용	이의신청 취지	
	첨부서류	

「국민건강보험법」 제87조에 따라 위와 같이 이의신청합니다.

의
에
의

신청자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[4-6. 환불금 지급계좌 통보서 (신규/변경)]

환 불 금 지 급 계 좌 통 보 서

([] 신 규 / [] 변 경)

진료받은 사람	성명	생년월일
	진료받은 기관	
환불금 지급계좌	예금주 성명	금융기관/계좌번호
	연락처	진료받은 사람과의 관계
	※ 진료받은 사람과 동일하십니까? ☐ 네 ☐ 아니오 환불금 지급계좌 예금주와 진료비 확인 신청자가 동일하지 않은 경우, 환불금 지급 요청 관련 동의서(환자 자필서명 또는 날인) 또는 위임장, 환자와의 관계를 확인할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)등을 첨부하여야 함	

위와 같은 사실을 통보합니다.

이
의
제

신청인 : (서명 또는 인)

※ 첨부서류: 변경 후 통장(계좌번호 표시) 사본 1부.

건강보험심사평가원장 귀하

[4-7. 이의신청 취하서 (요양기관)]

이 의 신 청 취 하 서 (요 양 기 관)

접수일자(접수번호)			
요양기관	기관명칭	기관기호	
	연락처		
	주소		
진료받은 사람	성명	생년월일	
취하사유	연번	취하사유	확인
	1	중복 요청	[]
	2	사후조사 결과 부정적으로 결정	[]
	3	진료비계산서·영수증 등 필요서류 제출 곤란	[]
	4	위 사유 이외의 경우 구체적 사유 기재	[]

위와 같이 취하서를 제출합니다.

년 월 일

취하 신청자(요양기관) 성명 : (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

[4-8. 행정심판 (건강보험/의료급여) 청구서]

행정심판 (☐ 건강보험 ☐ 의료급여) 청구서

접수번호		접수일	
청구인 (처분을 받은 자)	성명		
	주소		
	주민등록번호(외국인등록번호, 법인등록번호, 요양기호)		
	전화번호		
☐ 대표자 ☐ 관리인 ☐ 선정대표자 ☐ 대리인	성명		
	주소		
	주민등록번호(외국인등록번호)		
	전화번호		
피청구인 (처분을 한 자)	☐ 국민건강보험공단	☐ 건강보험심사평가원	
	(본부, 지역본부, 지사)	(본원, 지원)	
처분 내용 또는 부작위 내용			
처분이 있음을 안 날 (이의신청 결정서를 받은 날)	년 월 일		
심판청구 취지 및 청구 이유	(세부 사항은 별지로 작성 가능)		
처분청의 불복절차 고지 유무	☐ 유 ☐ 무		
처분청의 불복절차 고지내용			
증거 서류			

「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」 제30조의2에 따라 위와 같이 행정심판을 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

건강보험분쟁조정위원회 귀중

첨부서류	1. 대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인의 자격을 소명하는 서류(대표자, 관리인, 선정대표자 또는 대리인을 선임하는 경우에만 제출합니다.) 2. 주장을 뒷받침하는 증거서류나 증거물	수수료 없음
------	--	-----------

처리 절차

청구서
작성
청구인

→

제출·접수
국민건강보험공단
건강보험심사평가원
건강보험분쟁조정위원회

→

답변서 제출
국민건강보험공단
건강보험심사평가원

→

재결
건강보험분쟁조정위원회

→

송달

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[4-10. 환불금 수령 위임장]

환 불 금 수 령 위 임 장

위임하는 사람 (위임인)	성명	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 :		
	생년월일			
	주소			
위임받는 사람 (수임인)	성명	생년월일		
	주소	연락처 ○ 자택 : ○ 휴대전화 :		
	위임인과의 관계			
위임내용	국민건강보험법 제48조(의료급여법 제11조의3)에 의한 진료비 확인요청 [요양(의료)급여대상여부 확인 등] 관련 환불금 수령에 관한 사항			
	입금 계좌	예금주	은행명	계좌번호

위와 같은 사실을 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람(위임인) : (서명 또는 인)

※ 첨부서류 : 위임하는 사람 인감증명서 1부.

- 주: 인감증명서는 본인서명사실 확인 등에 관한 법률에 따른 「본인서명사실 확인서」로 대체 가능
이 경우 “인감인”에 본인서명 날인

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

부록 5. 관련법령

<국민건강보험법>

제48조(요양급여 대상 여부의 확인 등) ① 가입자나 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다.
② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 요청한 사람에게 알려야 한다. 이 경우 확인을 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당되는 비용으로 확인되면 그 내용을 공단 및 관련 의료기관 등에 알려야 한다.
③ 제2항 후단에 따라 통보받은 의료기관 등은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액(이하 “과다본인부담금”이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다. 다만, 공단은 해당 의료기관 등이 과다본인부담금을 지급하지 아니하면 해당 의료기관 등에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인을 요청한 사람에게 지급할 수 있다.
④ 제1항부터 제3항까지에 따른 확인 요청의 범위, 방법, 절차, 처리기간 등 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제87조(이의신청) ① 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료등, 보험급여, 보험급여 비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에 이의신청을 할 수 있다.
② 요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 의료기관 등 또는 그 밖의 자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 이의신청(이하 “이의신청”이라 한다)은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함한다)로 하여야 하며 처분이 있는 날부터 180일을 지나면 제기하지 못한다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 그러하지 아니하다.
④ 제3항 본문에도 불구하고 의료기관 등이 제48조에 따른 심사평가원의 확인에 대하여 이의신청을 하려면 같은 조 제2항에 따라 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 한다.
⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 이의신청의 방법·결정 및 그 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제88조(심판청구) ① 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자는 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다. 이 경우 심판청구의 제기기간 및 제기방법에 관하여는 제87조제3항을 준용한다.
② 제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 대통령령으로 정하는 심판청구서를 제87조제1항 또는 제2항에 따른 처분을 한 공단 또는 심사평가원에 제출하거나 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 제출하여야 한다.
③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 심판청구의 절차·방법·결정 및 그 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제89조(건강보험분쟁조정위원회) ① 제88조에 따른 심판청구를 심리·의결하기 위하여 보건복지부에 건강보험분쟁조정위원회(이하 “분쟁조정위원회”라 한다)를 둔다.
② 분쟁조정위원회는 위원장을 포함하여 60명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장을 제외한 위원 중 1명은 당연직위원으로 한다. 이 경우 공무원이 아닌 위원이 전체 위원의 과반수가 되도록 하여야 한다.
③ 분쟁조정위원회의 회의는 위원장, 당연직위원 및 위원장이 매 회의마다 지정하는 7명의 위원을 포함하여 총 9명으로 구성하되, 공무원이 아닌 위원이 과반수가 되도록 하여야 한다.
④ 분쟁조정위원회는 제3항에 따른 구성원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.
⑤ 분쟁조정위원회를 실무적으로 지원하기 위하여 분쟁조정위원회에 사무국을 둔다.
⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 분쟁조정위원회 및 사무국의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
⑦ 분쟁조정위원회의 위원 중 공무원이 아닌 사람은 「형법」 제129조부터 제132조까지의 규정을 적용할 때 공무원으로 본다.

제90조(행정소송) 공단 또는 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자와 제87조에 따른 이의신청 또는 제88조에 따른 심판청구에 대한 결정에 불복하는 자는 「행정소송법」에서 정하는 바에 따라 행정소송을 제기할 수 있다.

<국민건강보험법 시행규칙>

제22조의3(요양급여 대상 여부의 확인 방법·절차 등) ① 가입자나 피부양자는 법 제48조제1항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대한 확인을 요청하려면 별지 제17호의2서식의 요양급여 대상 여부 확인 요청서에 진료비 또는 약제비 계산서·영수증을 첨부하여 심사평가원에 제출해야 한다.

② 제1항에 따라 확인 요청을 받은 심사평가원은 요청을 받은 날부터 15일 이내에 제1항에 따른 확인 요청인(이하 이 조에서 “요청인”이라 한다)에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 법 제48조제2항 후단에 따라 과다본인부담금(의료기관 등이 요청인으로부터 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 있다는 통보를 받은 의료기관 등은 그 과다본인부담금을 요청인에게 지급할지 여부를 지체 없이 심사평가원에 알려야 한다.

④ 심사평가원은 의료기관 등이 과다본인부담금을 지급하지 않겠다는 사실을 통보하거나 지급 여부에 대한 통보를 하지 않은 경우에는 그 사실을 공단에 알려야 한다.

⑤ 제4항에 따른 통보를 받은 공단은 지체 없이 해당 의료기관 등에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 이를 요청인에게 지급하고, 그 결과를 관련 의료기관 등에 알려야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 요양급여 대상 여부 확인 요청 및 처리에 필요한 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

<의료급여법>

제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등) ① 수급권자는 본인부담금 외에 부담한 비용이 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항에 해당하는 비용(이하 “비급여비용”이라 한다)인지에 대하여 급여비용심사기관에 확인을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 확인을 요청받은 급여비용심사기관은 그 확인결과를 확인을 요청한 수급권자에게 알려야 하며, 확인을 요청한 비용이 급여비용에 해당하는 것으로 확인되었을 때에는 급여비용지급기관 및 관련 의료급여기관에도 각각 알려야 한다.

③ 제2항에 따라 통보받은 의료급여기관은 과다 징수한 금액을 지체 없이 수급권자에게 반환하여야 한다.

④ 급여비용지급기관은 제3항에도 불구하고 의료급여기관이 과다 징수한 금액을 반환하지 아니하면 그 의료급여기관에 지급할 급여비용에서 과다 징수한 금액을 공제하여 그 공제한 금액을 수급권자에게 지급할 수 있다.

⑤ 제1항부터 제4항까지에 따른 확인 요청의 범위, 방법, 절차, 처리기간 등 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제30조(이의신청 등) ① 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 시장·군수·구청장의 처분에 이의가 있는 자는 시장·군수·구청장에게 이의신청을 할 수 있다.

② 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인에 관한 급여비용심사기관의 처분에 이의가 있는 제5조에 따른 보장기관, 의료급여기관 또는 수급권자는 급여비용심사기관에 이의신청을 할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함한다)로 하여야 하며, 처분이 있는 날부터 180일이 지나면 제기하지 못한다. 다만, 정당한 사유에 따라 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명할 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 제3항 본문에도 불구하고 의료급여기관이 제11조의3에 따른 급여비용심사기관의 확인에 대하여 이의신청을 하려면 같은 조 제2항에 따라 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 이의신청의 방법, 이의신청에 대한 결정 및 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제30조의2(심판청구) ① 제30조제2항에 따른 급여비용심사기관의 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자는 「국민건강보험법」 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다. 이 경우 심판청구의 제기기간 및 제기방법에 관하여는 제30조제3항을 준용한다.

② 제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 대통령령으로 정하는 심판청구서를 제30조제2항에 따른 처분을 행한 급여비용심사기관에 제출하거나 제1항에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 제출하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 심판청구의 절차·방법·결정 및 그 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<의료급여법 시행규칙>

제23조의2(의료급여 대상 여부의 확인 방법·절차 등) ① 수급권자는 법 제11조의3제1항에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대한 확인을 요청하려면 별지 제11호의4서식의 의료급여 대상 여부 확인 요청서에 진료비 또는 약제비 계산서·영수증을 첨부하여 급여비용심사기관에 제출해야 한다.

② 제1항에 따라 확인 요청을 받은 급여비용심사기관은 요청을 받은 날부터 15일 이내에 제1항에 따른 확인 요청인(이하 이 조에서 “요청인”이라 한다)에게 그 결과를 알려야 한다.

③ 법 제11조의3제2항에 따라 과다본인부담금(의료급여기관이 요청인으로부터 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 있다는 통보를 받은 의료급여기관은 지체 없이 과다본인부담금을 요청인에게 반환하고, 그 사실을 급여비용심사기관에 알려야 한다.

④ 과다본인부담금이 있다는 통보를 받은 날부터 10일 이내에 의료급여기관이 제3항에 따른 반환 여부 사실을 알리지 않은 경우 급여비용심사기관은 지체 없이 그 사실을 급여비용지급기관에 알려야 한다.

⑤ 제4항에 따른 통보를 받은 급여비용지급기관은 지체 없이 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 이를 요청인에게 지급하고, 그 결과를 해당 의료급여기관에 알려야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여 대상 여부 확인 요청 및 처리에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

<행정심판법>

제23조(심판청구서의 제출) ① 행정심판을 청구하려는 자는 제28조에 따라 심판청구서를 작성하여 피청구인이나 위원회에 제출하여야 한다. 이 경우 피청구인의 수만큼 심판청구서 부분을 함께 제출하여야 한다.

② 행정청이 제58조에 따른 고지를 하지 아니하거나 잘못 고지하여 청구인이 심판청구서를 다른 행정기관에 제출한 경우에는 그 행정기관은 그 심판청구서를 지체 없이 정당한 권한이 있는 피청구인에게 보내야 한다.

③ 제2항에 따라 심판청구서를 보낸 행정기관은 지체 없이 그 사실을 청구인에게 알려야 한다.

④ 제27조에 따른 심판청구 기간을 계산할 때에는 제1항에 따른 피청구인이나 위원회 또는 제2항에 따른 행정기관에 심판청구서가 제출되었을 때에 행정심판이 청구된 것으로 본다.

<긴급복지지원법>

제9조(긴급지원의 종류 및 내용) ① 이 법에 따른 지원의 종류 및 내용은 다음과 같다.

1. 금전 또는 현물(現物) 등의 직접지원
- 나. 의료지원: 각종 검사 및 치료 등 의료서비스 지원

<긴급복지지원법 시행령>

제3조(의료지원) ① 법 제9조제1항제1호나목에 따른 의료지원의 대상은 긴급지원대상자로서 법 제2조제2호에 해당하는 사유로 의료비를 감당하기 곤란한 사람으로 한다.

② 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관 또는 약국(이하 “의료기관등”이라 한다)이 제1항에 따른 긴급지원대상자에게 검사 및 치료 등의 의료서비스를 제공하게 하여야 한다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 설립된 지방의료원
3. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소, 보건의료원 및 보건지소
4. 「농어촌 등 보건의료서비스를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
5. 「약사법」에 따라 등록된 약국

③ 시장·군수·구청장은 「국민건강보험법」과 「의료급여법」에 따른 본인부담금 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액의 범위에서 의료서비스 제공에 필요한 금액을 해당 의료서비스를 제공하는 의료기관등에 지급하여야 한다.

<요양급여 대상 여부의 확인 방법 및 절차 등에 관한 기준>

제1조(목적) 이 고시는 「국민건강보험법 시행규칙」(이하 "시행규칙"이라 한다) 제22조의3에 따른 요양급여 대상 여부의 확인(이하 "진료비 확인"이라 한다) 요청의 범위, 방법, 절차, 처리기간 등 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(확인 요청인) 진료비 확인을 요청할 수 있는 사람은 다음 각 호와 같다.

1. 진료받은 사람
2. 진료받은 사람의 법정대리인 또는 가족
3. 진료받은 사람과 동일 건강보험증에 등재되어 있는 사람
4. 제1호 및 제2호에 해당하는 사람이 불가피한 사유가 있어 요청이 어려운 경우로 심사평가원장이 인정하는 사람

제3조(요청서 접수) ① 확인 요청인(이하 "요청인"라 한다)은 시행규칙 별지 제17호의2 서식의 요양급여 대상 여부 확인 요청서(이하 "요청서"라 한다)와 첨부서류를 작성하여 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서(이하 "진료비계산서 등"이라 한다)를 가지고 직접 방문하거나 우편/FAX·홈페이지 및 모바일 앱 등 정보통신망(「전자정부법」 제2조제10호에 따른 정보통신망을 말한다) 등으로 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)에 제출하여야 한다.

② 심사평가원의 장(이하 "심사평가원장"이라 한다)은 제1항에 따른 진료비 확인 요청을 받은 경우 접수 사실과 처리 절차를 요청인에게 우편·이메일·모바일 등의 방법으로 알려야 한다.

제4조(요청서의 보완 및 종결처리) ① 심사평가원장은 제3조에 따라 접수된 요청서에 필수 기재사항이 누락되었거나 첨부서류가 제출되지 아니한 때에는 요청인에게 10일의 범위 이내에 기간을 정하여 요청서의 보완 또는 첨부서류의 제출을 요청할 수 있다.

② 심사평가원장은 제1항에 따라 요청받은 요청인이 기간 내에 보완 또는 제출하지 아니한 경우 7일 이내의 보완 기간을 정하여 재요청 할 수 있다. 이 경우 기간 연장 요청은 2회에 한한다.

③ 심사평가원장은 요청인이 제1항에 따른 요청에도 불구하고 요청서를 보완하지 않거나 필요자료를 제출하지 아니한 경우 및 제2항에 따른 보완 기간을 넘긴 경우에는 요청을 취하한 것으로 보아 종결처리 할 수 있다.

제5조(진료비 확인 자료 제출 등) ① 심사평가원장은 제3조에 따른 진료비 확인 요청을 받은 경우 10일 범위 내에서 기간을 정하여 요양기관에 진료기록부와 그 밖에 진료비 확인에 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있다.

② 심사평가원장은 제1항에 따라 요청받은 요양기관이 기간 내에 제출하지 아니한 경우 7일 이내의 기간을 정하여 재요청 할 수 있다.

③ 심사평가원장은 진료비 확인의 신속한 처리를 위하여 요청인이 별지 제4호 서식의 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공에 동의한 경우 비급여 또는 전액본인부담금을 확인하기 위하여 요청인이 제공한 진료비계산서 등을 진료받은 기관에 제공할 수 있다.

제6조(확인범위 및 제외대상) ① 심사평가원장은 진료받은 사람이 요양기관에 지불한 진료비 중 진료비계산서 등에 기재된 비급여 진료비 및 전액본인부담금에 대하여 요양급여 대상 여부를 확인한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 확인 대상에서 제외한다.

1. 진료받은 사람이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 다른 법률에 따른 요양급여 등을 받은 경우
2. 진료받은 사람이 임상연구대상으로 진료를 받은 경우(「국민건강보험요양급여의기준에관한규칙」 제5조제1항 및 별표1 제1호 자목에 해당하는 통상적인 요양급여는 포함하지 아니한다)
3. 간병비, 화장품, 의약외품 등 의료행위와 관련 없는 비용

② 제1항 각 호에 해당하지 않는 경우에도 심사평가원장은 다음 각 호에 해당하는 경우에는 진료비 확인이 불가능하여 종결처리 할 수 있다.

1. 「국민건강보험법」(이하 "법"이라 한다), 「의료법」 및 「약사법」 등에서 정한 자료보존 기간의 경과로 필요 자료를 제출할 수 없는 경우
2. 요청인이 제출한 진료비계산서 등에서 비급여 진료비용 또는 전액본인부담금이 없는 경우
3. 요청인이 제출한 진료비계산서 등이 중간 계산서·영수증으로 확인된 경우
4. 진료비계산서 등에 기재된 전체 진료비를 납부하지 않은 것으로 확인된 경우 등 기타 진료비 확인이 불가능한 경우

제7조(진료비 확인의 방법 및 절차) ① 심사평가원장은 국민건강보험법령에서 정한 요양급여의 기준과 절차에 따라 요양급여 대상에 해당하는지 여부를 확인한다. 이 경우 요양기관이 받아야 할 비용보다 더 많이 징수한 비용(이하 "과다본인부담금"이라 한다)이 있는지 여부를 확인한다.

② 심사평가원장은 진료비 확인을 함에 있어 의학적 판단이 필요한 경우 법 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 심의·의결 및 전문학회의 의견을 받아 처리할 수 있다.

③ 심사평가원장은 진료비 확인 절차가 종결된 경우, 그 처리 결과에 대해 총괄 진료비 정산내역서와 세부 정산내역서를 작성하여 요청인과 요양기관에 우편·이메일·모바일 등으로 알려야 한다. 제1항에 따른 과다본인부담금이 있는 경우, 해당 요양기관에 과다본인부담금을 반환하여야 함을 알려야 한다.

제8조(처리기간 제외) 시행규칙 제22조의3 제2항의 처리기간에 다음 각 호의 기간은 산입하지 아니한다.

1. 제4조에 따른 요청서 내용의 보완 및 필요자료 제출에 소요되는 기간
2. 제5조에 따른 요양기관 자료 요청 및 제출에 소요되는 기간
3. 진료심사평가위원회 심의·의결 및 전문학회 의견수렴 등 전문 의학적 검토에 소요되는 기간
4. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조 및 제3조에 따른 공휴일, 토요일

제9조(과다본인부담금 환불 등) ① 요양기관은 제7조제3항에 따른 통보를 받은 경우 요청인에게 과다본인부담금을 지급할 방법을 정하여 10일 이내에 심사평가원에 알려야 한다.

② 심사평가원장은 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 법 제48조제3항 단서에 따라 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급하여 줄 것을 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)에 요청하여야 한다.

1. 법 제48조제3항 단서에 따라 요양기관이 심사평가원에 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급해 줄 것을 요청하는 경우
 2. 제7조제3항에 따라 통보를 받은 요양기관이 제1항에 따라 과다본인부담금 지급 방법을 알려오지 아니한 경우
- ③ 제2조제4호의 요청인이 제7조에 따른 과다본인부담금을 직접 환불받고자 하는 경우에는 별지 제3호 서식 환불금 수령 위임장 및 첨부서류를 추가로 제출하여야 한다.

제10조(공제 및 지급 등) ① 공단은 심사평가원으로부터 과다본인부담금의 공제지급 요청을 받은 경우 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급하고 요청인, 요양기관, 심사평가원에 문서로 알려야 한다.

② 제1항에도 불구하고 공단은 심사평가원으로부터 공제지급을 요청받은 날로부터 요양기관이 휴·폐업, 업무정지처분 등의 사유로 1년 이상 지급이 처리되지 않은 경우 공제 제외 처리하고 요청인과 심사평가원에 그 사실을 알려야 한다.

제11조(세부운영요령) 이 고시에 정하지 아니한 진료비 확인 처리에 관한 세부적인 운영사항은 심사평가원장(단, 제10조에 한하여 공단의 이사장으로 한다)이 별도로 정하여 운영할 수 있다.

제12조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 2023년 1월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

부칙 <제2023-34호, 2023. 2. 24.>

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

<의료급여 대상 여부의 확인 방법 및 절차 등에 관한 기준>

제1조(목적) 이 고시는 「의료급여법 시행규칙」(이하 "시행규칙"이라 한다) 제23조의2에 따른 의료급여 대상 여부의 확인(이하 "진료비 확인"이라 한다) 요청의 범위, 방법, 절차, 처리 기간 등에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(확인 요청인) 진료비 확인을 요청할 수 있는 사람은 다음 각 호와 같다.

1. 진료받은 사람
2. 진료받은 사람의 법정대리인 또는 가족
3. 진료받은 사람과 동일 의료급여증에 등재되어 있는 사람
4. 제1호 및 제2호에 해당하는 사람이 불가피한 사유가 있어 요청이 어려운 경우로 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)의 장이 인정하는 사람

제3조(요청서 접수) ① 확인 요청인(이하 "요청인"이라 한다)은 시행규칙 별지 제11호의4 서식의 의료급여 대상 여부 확인 요청서와 첨부서류를 작성하여 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서(이하 "진료비계산서 등"이라 한다)를 가지고 직접 방문하거나 우편·팩스·홈페이지 및 모바일앱 등 정보통신망(「전자정부법」 제2조제10호에 따른 정보통신망을 말한다) 등으로 심사평가원에 제출하여야 한다.

② 심사평가원은 제1항에 따른 진료비 확인 요청을 받은 경우 접수 사실과 처리 절차를 요청인에게 우편·이메일·모바일 등의 방법으로 알려야 한다.

제4조(요청서의 보완 및 종결처리) ① 심사평가원은 제3조에 따라 접수된 요청서에 필수 기재사항이 누락되었거나 첨부서류가 제출되지 아니한 때에는 요청인에게 10일의 범위 이내에 기간을 정하여 요청서의 보완 또는 첨부서류의 제출을 요청할 수 있다.

② 심사평가원은 제1항에 따라 요청받은 요청인이 기간 내에 보완 또는 제출하지 아니한 경우 7일 이내의 보완 기간을 정하여 재요청할 수 있다. 이 경우 기간 연장 요청은 2회에 한한다.

③ 심사평가원은 요청인이 제1항에 따른 요청에도 불구하고 요청서를 보완하지 않거나 필요자료를 제출하지 아니한 경우 및 제2항에 따른 보완 기간을 넘긴 경우에는 요청을 취하한 것으로 보아 종결 처리할 수 있다.

제5조(진료비 확인 자료 제출 등) ① 심사평가원은 제3조에 따른 진료비 확인 요청을 받은 경우 10일 범위 내에서 기간을 정하여 의료급여기관에 진료기록부와 그 밖에 진료비 확인에 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있다.

② 심사평가원은 제1항에 따라 요청받은 의료급여기관이 기간 내에 제출하지 아니한 경우 7일 이내의 기간을 정하여 재요청할 수 있다.

③ 심사평가원은 진료비 확인의 신속한 처리를 위하여 요청인이 별지 제4호 서식의 진료비 영수증(진료받은 기관) 제공에 동의한 경우 비급여 또는 전액본인부담금을 확인하기 위하여 요청인이 제공한 진료비계산서 등을 진료받은 기관에 제공할 수 있다.

제6조(확인범위 및 제외대상) ① 심사평가원은 진료받은 사람이 의료급여기관에 지불한 진료비 중 진료비계산서 등에 기재된 비급여 진료비 및 전액본인부담금에 대하여 의료급여 대상 여부를 확인한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 확인 대상에서 제외한다.

1. 진료받은 사람이 「자동차손해배상 보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 다른 법률에 따른 요양급여 등을 받은 경우
2. 진료받은 사람이 임상연구대상으로 진료를 받은 경우(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 및 별표1 제1호 자목에 해당하는 경우는 포함하지 아니한다)
3. 간병비, 화장품, 의약외품 등 의료행위와 관련 없는 비용

② 제1항 각 호에 해당하지 않는 경우에도 심사평가원은 다음 각 호와 같이 진료비 확인이 불가능한 경우에는 종결처리 할 수 있다.

1. 「의료급여법」(이하 "법"이라 한다), 「의료법」 및 「약사법」 등에서 정한 자료 보존 기간의 경과로 필요자료를 제출할 수 없는 경우
2. 요청인이 제출한 진료비계산서 등에서 비급여 진료비용 또는 전액 본인부담금이 없는 경우
3. 요청인이 제출한 진료비계산서 등이 중간 계산서·영수증으로 확인된 경우
4. 진료비계산서 등에 기재된 전체 진료비를 납부하지 않은 것으로 확인된 경우 등 기타 진료비 확인이 불가능한 경우

제7조(진료비 확인의 방법 및 절차) ① 심사평가원은 의료급여법령에서 정한 의료급여의 기준과 절차에 따라 의료급여 대상에 해당하는지 여부를 확인한다. 이 경우 의료급여기관이 받아야 할 비용보다 더 많이 징수한 비용(이하 "과다본인부담금"이라 한다)이 있는지 여부를 확인한다.

② 심사평가원은 진료비 확인을 함에 있어 의학적 판단이 필요한 경우 국민건강보험법 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 심의·의결 또는 전문학회의 의견을 받아 처리할 수 있다.

③ 심사평가원은 진료비 확인 절차가 종결된 경우, 그 처리 결과에 대해 총괄 진료비 정산내역서와 세부 정산내역서를 작성하여 요청인과 의료급여기관에 우편·이메일·모바일 등으로 알려야 한다. 제1항에 따른 과다본인부담금이 있는 경우, 해당 의료급여기관에 과다본인부담금을 반환하여야 함을 알려야 한다.

제8조(처리기간 제외) 시행규칙 제23조의2 제2항의 처리기간에 다음 각 호의 기간은 산입하지 아니한다.

1. 제4조에 따른 요청서 내용의 보완 및 필요자료 제출에 소요되는 기간
2. 제5조에 따른 의료급여기관 자료 요청 및 제출에 소요되는 기간
3. 진료심사평가위원회 심의·의결 또는 전문학회 의견수렴 등 전문 의학적 검토에 소요되는 기간
4. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일, 같은 법 제3조에 따른 대체공휴일 및 토요일

제9조(과다본인부담금 환불 등) ① 의료급여기관은 제7조제3항에 따른 통보를 받은 경우 요청인에게 과다본인부담금을 지급할 방법을 정하여 10일 이내에 심사평가원에 알려야 한다.

② 심사평가원은 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 법 제11조의3제4항에 따라 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급하여 줄 것을 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)에 요청하여야 한다.

1. 법 제11조의3제4항에 따라 의료급여기관이 심사평가원에 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급해 줄 것을 요청하는 경우
2. 제7조제3항에 따라 통보를 받은 의료급여기관이 제1항에 따라 과다본인부담금 지급 방법을 알려오지 아니한 경우
- ③ 제2조제4호의 요청인이 제7조에 따른 과다본인부담금을 직접 환불받고자 하는 경우에는 별지 제3호 서식 환불금 수령 위임장 및 첨부서류를 추가로 제출하여야 한다.

제10조(공제 및 지급 등) ① 공단은 심사평가원으로부터 과다본인부담금의 공제지급 요청을 받은 경우 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 요청인에게 지급하고 요청인, 의료급여기관, 심사평가원에 문서로 알려야 한다.

② 제1항에도 불구하고 공단은 심사평가원으로부터 공제지급을 요청받은 날로부터 의료급여기관의 휴·폐업, 업무정지처분 등의 사유로 1년 이상 지급이 처리되지 않은 경우 공제 제외 처리하고 요청인과 심사평가원에게 그 사실을 알려야 한다.

제11조(세부운영요령) 이 고시에 정하지 아니한 진료비 확인 처리에 관한 세부적인 운영사항은 심사평가원의 장(단, 제10조에 한하여 공단의 이사장으로 한다)이 별도로 정하여 운영할 수 있다.

제12조(다른 기준의 준용) 이 고시에 규정하지 않은 사항에 대하여는 「요양급여 대상 여부의 확인 방법 및 절차 등에 관한 기준」을 준용한다.

제13조(재검토 기한) 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 2024년 1월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화, 타당성 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부칙 <제2023-182호, 2023. 9. 27.>

이 고시는 2023년 9월 29일부터 시행한다.

부록 6. Q & A

▶ Q1

긴급의료지원비 확인 요청 대상이 어떻게 되나요?

■ A1

긴급의료비지원금 중 비급여 진료비(전액본인부담진료비 포함)이 150만원 이상인 건에 대하여 진료비 확인을 신청해주시면 됩니다.

▶ Q2

긴급의료지원비 확인 신청 방법이 어떻게 되나요?

■ A2

행복e음: 행복e음/긴급복지/지원대상자지원관리/비급여진료비 심사 대상 관리

서식다운받는 곳 : 심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)에서 조화·신청/진료비확인/서류서식2

※ 진료비계산서·영수증 등 필요서류는 파일로 첨부하거나 Fax나 서면으로 심사평가원에 제출

▶ Q3

긴급의료지원비 확인요청 서류 발송 시 이메일 발송이 가능한가요?

■ A3

담당자 이메일로 발송도 가능합니다

다만 심사평가원 접수 담당자 변경으로 인하여 전임 담당자의 이메일로 보냈을 경우 서류 누락 등이 발생하므로 우편 및 FAX 발송을 권장 드립니다.

▶ Q4

긴급의료지원비 확인요청 신청 시 긴급통보받는 자의 계좌번호가 반드시 필요한가요?

■ A4

진료비 확인 신청 결과 반드시 환불 통보가 이루어지는 것이 아니기 때문에 요청서에 계좌번호 입력은 필수가 아닙니다. 단, 추후 환불 결정안내문을 받으실 경우 진료비 확인결과 통보받는 자는 통보문 문서 하단의 담당자에게 전화하셔서 계좌번호를 반드시 확인하시고 다를 경우 환불금 지급계좌 통보서(심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)에서 조화·신청/진료비확인/서류서식2)를 작성하시어 우편, 모사전송(Fax), 이메일이 가능하나 신속한 확인등을 위해 심평원 팩스(033-811-7317) 또는 우편으로 보내주시기 바랍니다.

* 팩스번호: 033-811-7317

* 주소: 우) 26465, 강원특별자치도 원주시 혁신로 60 건강보험심사평가원 진료비확인부

▶ Q5

환불금 발생했는데 어떤 계좌를 제출해야 하나요

■ A5

환불금 발생했을 때 제출해야 하는 계좌는 입·출금이 가능한 계좌를 제출해주셔야 국민건강보험공단이나 요양기관에서 환불금이 입금될 수 있습니다.

*압류방지통장이나 해약계좌는 입금이 불가능함을 안내드립니다.

*가족이 대신 환불금을 수령하는 경우 '환불금 지급계좌 통보서'와 '가족관계를 확인할 수 있는 서류'를 제출을 해주셔야 국민건강보험공단 또는 요양기관에서 지급될 수 있도록 행정처리가 가능합니다.

*제3가 대신 환불금을 수령하는 경우 '환불금 수령 위임장'과 '수령을 위임한 대상자의 인감증명서'(또는 본인서명사실확인서)가 제출이 되어야 국민건강보험공단 또는 요양기관에서 지급될 수 있도록 행정처리가 가능합니다.

▶ Q6

긴급지원대상자가 사망하였을 경우 환불금 지급은 어떻게 되나요?

■ A6

긴급지원대상자가 사망하였을 경우 환자의 가족의 계좌번호를 확인하여 관련 서류를 제출하여 주시기 바랍니다.

* 관련서류: 가족관계증명서 1부, 환불금 지급계좌 통보서 1부 제출

< 1인 가구 및 무연고자인 긴급지원대상자가 사망하였을 경우>

환불금 지급이 불가합니다. 해당 내용은 심사평가원에 사망 확인 문서를 별도 발송 요망

▶ Q7

'환불금 지급계좌 통보서'는 어떤 경우일 때 작성하나요?

■ A7

환불금 지급계좌 통보서는 환불금 결정이 난 후 환불받는 계좌가 미기재, 오기재, 계좌 변경하실때 작성하시면 됩니다.

* 진료비확인요청자 이외의 자가 작성할 경우 가족이나 동일한 건강보험증에 등재된 경우는 가족관계 확인서류를, 그 외는 환불금수령 위임장을 제출하셔야 합니다.

▶ Q8

'환불금 지급계좌 통보서' 작성 시 요청인의 주체는 누구입니까?

■ A8

요청인이 환불금 결정통보서를 받은 사람이 주체가 됩니다. 단, 환불금을 위임할 때는 인감증명서 등이 포함된 환불금 수령 위임장을 제출하시면 됩니다.

▶ Q9

환불금 지급은 어떻게 하나요?

■ A9

- 1) 환불금은 의료기관 등에서 환불결정 통보서를 안 날로부터 10일 이내에 홈페이지를 통해 지급방법(자체환불, 공제처리, 이의예정)을 선택하면 선택된 지급방법을 시·군·구청 및 긴급지원대상자에게 안내해 드립니다.
- 2) 환불금 지급방법
 - 자체환불: 의료기관 등에서 시·군·구청 및 긴급지원대상자의 은행계좌로 직접 입금
 - 공제처리: 건강보험심사평가원에서 국민건강보험공단으로 환불금 공제의뢰 후 국민건강보험공단에서 시·군·구청 및 긴급지원대상자의 은행계좌로 입금
- 3) 만약 이의신청, 심판청구 등 권리구제제도로 인하여 환불이 늦어질 수 있으며 재결정 결과에 따라 환불금액도 변경될 수 있습니다.

▶ Q10

이의신청을 제기할 수 있는 기간은?

■ A10

결정통보를 받은 날로부터 민원인은 90일, 의료기관 등은 30일 이내에 신청하실 수 있습니다.

▶ Q11

심판청구를 제기할 수 있는 기간은?

■ A11

이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 경우 이의신청에 대한 결정통지를 받은 날로부터 90일 이내에 신청하여야 합니다.

진료비 확인 서비스 안내

- 인쇄일:
- 발행일:
- 발행처: 건강보험심사평가원
- 주 소: 강원특별자치도 원주시 혁신로60(반곡동) 우)26465
- 고객센터: 1644-2000
- 홈페이지: www.hira.or.kr
- 편집·인쇄: