

항암호르몬약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)

약제구분	<input type="checkbox"/> 항암호르몬치료제	<input type="checkbox"/> 갑상선암호르몬치료제
------	-----------------------------------	-------------------------------------

※ 청구하시는 약제의 분류를 체크해 주시기 바랍니다.

1. 피보험자 정보

환자 성명		주민등록번호		초진일		년	월	일
-------	--	--------	--	-----	--	---	---	---

2. 약물 치료 내용

질병명 ^{주1)}		질병분류번호 ^{주2)}	
발병일		진단일	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
제약회사 명칭			
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	최초 처방(투약)일	
식품의약품안전처 '효능효과' 내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인
			<input type="checkbox"/> 불승인(거절)
허가범위 외(off-label) 약물사용 승인 시 사용정보	의약품 사용신고 여부 (건강보험심사평가원)	<input type="checkbox"/> 사용신고	<input type="checkbox"/> 미신고
	허가 외 사용 승인기간	부터	까지

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.(예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세 자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

3. 항암호르몬치료 및 갑상선암호르몬치료 관련 기재사항

	상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제/ 진행 속도 감소	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)
	호르몬 차단 / 호르몬 양 감소 효과	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)
	갑상선암 수술 후 치료 또는 재발방지 목적 (갑상선자극호르몬(TSH) 억제 치료)	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)

4. 작성자 정보

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.			
의료기관명 및 부서명		의사명	
요양기관번호		면허번호	(인)
전화번호		작성일	년 월 일

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재 되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.