특정항암호르몬약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)

인적사항					
환자의 성명		주민등록번호		초진일	년 월 일

약물치료 내용			
질병명 주1)		주민등록번호 주2)	
발병일		진단일	
의약품 명칭 (제품명)		주 성분명	
제약회사 명칭			
식품의약품안전처 효능효과」내 투약여부	□ 범위 내(On-label) □ 범위 외(Off-label)	추가 처방(투약) 일	
급여적용 여부	□ 급여 (일부본인부담) □ 급여 (전액본인부담) □ 비급여	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과 ※특정항암호르몬치료에 한함	□ 사전 승인 기승인 □ 사후 승인 심사중 □ 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견			

특정항암호르몬약물허가치료 관련 추가 기재사항		
상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		□ 해당(YES) □ 미해당(NO)
상기 약제의 투약목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제/진행속도 감소	□ 해당(YES) □ 미해당(NO)
	호르몬 차단/호르몬 양 감소 효과	□ 해당(YES) □ 미해당(NO)

갑상선암수술후호르몬약물허가치료 관련 추가 기재사항			
수술명 주3)		수술일자	
상기 약제의 투약목적 및 효과	갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 목적 (갑상선자극호르몬(TSH) 억제 치료)		□ 해당(YES) □ 미해당(NO)

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, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.
주3) 주1) 및 주2)의 질병을 치료하기 위한 목적의 수술에 대해서만 기재 바랍니다.
※기재하신 내용이 확인되는 의무기록(해당 호르몬약물허가치료에 대한 입/통원 진료기록지, 간호기록지 등) 및 투약내역(영수증 및 진료비세부내역서 등)을 함께 제출하여야 합니다.
※"사후승인 심사중"에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인 통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

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

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