

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	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	추가 처방(투약) 일	
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 (일부본인부담) <input type="checkbox"/> 급여 (전액본인부담) <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의회위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인·심사중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견			

특정항암호르몬약물허가치료 관련 추가 기재사항			
상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		<input type="checkbox"/> 해당(YES) <input type="checkbox"/> 미해당(NO)	
상기 약제의 투약목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제/진행속도 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)	

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.

※기재하신 내용이 확인되는 의무기록(해당 특정항암호르몬약물허가치료에 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), 암질환심의회위원회 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.