

인적사항

환자 성명	주민등록번호	초진일
-------	--------	-----

약물치료 내용

질병명주 1)		질병분류번호주 2)	
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)	최초 처방(투약)일	
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외 사용 시 (off-label) 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 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			

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 4자리코드(C\*\*.\*)를 원칙으로 하되, 3자리코드(C\*\*)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

- ※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록(해당 표적항암약물허가치료에 대한 입/통원 진료기록지, 간호기록지 등)과 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.

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.