

표적항암 및 항암호르몬 약물허가치료 확인서 (보험회사 제출용)

| | | | |
|------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 약제구분 | <input type="checkbox"/> 표적항암치료제 | <input type="checkbox"/> 항암호르몬약물치료제 | <input type="checkbox"/> 기타 |
|------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|

※ 청구하시는 약제의 분류를 체크해주시기 바랍니다.

| | | | |
|--------|--------|-----|-------|
| 인적사항 | | | |
| 환자의 성명 | 주민등록번호 | 초진일 | 년 월 일 |

| | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| 약물치료 내용 | | | |
| 질병명 ^{주1)} | | 질병분류번호 ^{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) | 최초 처방(투약)일 | |
| 급여적용 여부 | | 허가범위 외(off-label) 사용 시 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 네자리코드(C***)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

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

※ “사후 승인·심사중”에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구접수(심사)가 가능합니다.

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 항암호르몬 약물치료 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 / 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) |

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

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내드립니다.