

[서식 4호]

접수번호:

무릎 인공관절수술비 본인부담금 청구서

환자명	성명		생년월일		성별	☐ 남 ☐ 여
	주소					
	연락처		휴대폰			
신청보건소명						
수술병원			요양기관번호			
입원일						
퇴원일						
수술일자						
수술부위		좌 ☐ 우 ☐ 양쪽 ☐				
청구정보	계좌번호					
	은행명		예금주			
	담당자		연락처			
수술비청구액 (단위:원)		_____ 원 ※ 노인 무릎인공관절수술지원사업은 무릎 한 쪽 당 수술비 중 법정본인부담금의 최대 120만원까지 지원합니다.				
위와 같이 수술비(의료비)를 청구합니다. _____ 년 월 일 청구인: _____ (서명 또는 인)						
 재단 법인 노인의료나눔재단 귀중						

※ 수술비는 퇴원 후 10일 이내 청구바랍니다. (재원 소진 및 긴급복지의료지원시 지원불가)

※ 주 소 : 우)04517 서울특별시 중구 통일로 86,(순화동, 바비엡3차) 701호

노인의료나눔재단

※ 양식다운 : <http://www.ok6595.or.kr>

※ 상담문의 : Tel : 070-7812-7223 Fax: 02-3210-3388 E-mail : 6595ok@daum.net

※ 필수 첨부서류 : ①전산 출력된 진료비 계산서 1부 ②통장사본 1부