|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 요양비의 보험급여 기준 및 방법 [별지 제3호서식] | | | | | | | | | | |
| **건강보험 당뇨병환자 등록 신청서** | | | | | | | | | | |
| ※ 담당의사의 사실 확인일로부터 90일 이내에 공단에 접수한 경우, 환자등록일은 사실 확인일이며, 환자등록일부터 처방전 발행 및 요양비 지급이 가능합니다. | | | | | | | | | | |
| ※ 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하여 주시기 바랍니다. | | | | | | | | | (앞 쪽) | |
| ① 수진자 | 성명 | | | | 주민(외국인)등록번호 | | | | | |
| 전화번호 (자택)  (휴대전화) | | | | 등록결과통보(SMS)  [ ] 예 [ ] 아니오 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ②  요양기관  확인란 | 진료과목 |  | | | 진단확인일 |  | | | | |
| 상병명 |  | | | 상병코드 |  | | | | |
| 당뇨병 구분 | [ ] 제1형 당뇨병 [ ] 제2형 당뇨병  ※ 임신 중에 당뇨병으로 진단받은 경우는 별도 환자 등록신청 없이 지원합니다. | | | | | | | | |
| 제1형 당뇨병  \* (1)(2) 동시 만족 | (1) | 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우  [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하  [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하  [ ] 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만  [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력  [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 | | | | | | | |
| (2) | [ ] 인슐린 투여 | | | | | | | |
| 제2형 당뇨병  \* (1)(2) 동시 만족 | (1) | 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우  [ ] 8시간 이상의 공복혈당 ≥ 126mg/dL  [ ] 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)과 임의혈당 ≥ 200mg/dL  [ ] 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 ≥ 200mg/dL  [ ] 당화혈색소 ≥ 6.5% | | | | | | | |
| (2) | [ ] 인슐린 투여  [ ] 인슐린 미투여(만 19세 미만만 해당)  ※ 만 19세 미만(등록신청서 발행일 기준)은 인슐린 투여 여부와 무관하게 등록 가능 | | | | | | | |
| 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 | | | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | | | |
| 요양기관명(기호) : | | | ( ) | | | | | | (요양기관 직인) |
| 담당의사 성명(면허번호) : | | | ( ) | | | | | |  |
| 전문과목(전문의 자격번호) : | | | ( ) | | | | | | (서명 또는 인) |
|  | | | | | | | | | | |
| 위와 같이 건강보험 당뇨병환자 등록을 신청합니다. | | | | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | | | | |
| ③ 신청인 | | | | | (서명 또는 인) | | | | | |
| 수진자와의 관계 | | | | | ( ) | | 전화번호 | ( ) | | |
| **국민건강보험공단 이사장** 귀하 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1.「국민건강보험법」제49조(요양비),「국민건강보험법 시행령」제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)  2.「국민건강보험법 시행규칙」제23조(요양비), 요양비의 보험급여 기준 및 방법(보건복지부 고시)  - 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 신청인 성명, 신청인 전화번호, 수진자와의 관계, 수진자 성명,  주민(외국인)등록번호, 수진자 전화번호,「요양기관 확인란」에 기록된 개인정보를 수집 ㆍ 이용할 수 있습니다.  - 공단이 수집 ㆍ 이용하고 있는 개인정보는 개인정보보호법에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡]] | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| (뒤 쪽) |
|  |
| 유의사항 |
| 1. 제1형 당뇨병은 반드시 내과ㆍ소아청소년과ㆍ가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.  2. 제2형 당뇨병은 만 19세 이상(당뇨병 소모품 처방일 기준)의 경우 인슐린 미투여시 지원 대상에서 제외됩니다.  3. 담당의사의 사실 확인일로부터 90일 이내에 공단에 접수한 경우 환자등록일은 사실 확인일로 소급 적용하며, 사실 확인일로부터 90일이 지난 이후 공단에 접수한 경우에는 공단에 방문 신청한 날, 우편 소인이 찍힌 날 또는 팩스를 수신한 날을 환자등록일로 적용합니다. 또한, 처방전 발행 및 요양비 지급은 환자등록일부터 가능합니다. |
|  |
| 작성방법 |
| ① 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.  - 외국인인 경우에는 외국인등록번호(외국국적 동포인 경우에는 국내거소신고번호 포함)를  기재합니다.  - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)  - 기재한 휴대전화번호로 등록결과 SMS 수신여부를 기재합니다.  ② 요양기관에서 기재하는 항목입니다.  ③ 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.  - 수진자(당뇨병환자)  - 가족 : 「민법」제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족 및 형제자매이거나  생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매 |
|  |
| 처리절차 |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **① 요양기관** | EMB0000f42c2c43 | **② 수진자 또는 가족** | EMB0000f42c2c43 | **③ 국민건강보험공단** | EMB0000f42c2c43 | **④국민건강보험공단** | | ▶ 진단 및 신청서(요양기관 확인란) 작성  ▶ 공단에 신청서 제출(요양기관정보마당에 등록) | ▶ 신청서 작성  ▶ 공단에 신청서 제출 | ▶ 접수 및 확인 | ▶ 환자 등록 및 관리 | |
| ※ 요양기관에서 요양기관정보마당을 통해 신청서를 직접 등록하는 경우 ②의 절차 불필요 |
|  |
| 당뇨병 소모성 재료 및 당뇨병 관리기기 요양비 지원 안내 |
| 1. 당뇨병 소모성 재료   (지원대상) 인슐린을 투여하는 모든 당뇨병환자  \* 단, 만 19세 미만 및 임신 중인 경우는 인슐린 투여 여부와 무관하게 지원   (지원기준) 혈당측정검사지, 채혈침(란셋), 인슐린주사기, 인슐린주사바늘(펜니들), 인슐린펌프용 주사기, 인슐린 펌프용 주사바늘에 대해 기준금액 또는 실구입가 중 낮은 금액의 90%를 지원 (차상위 본인부담경감대상자는 100% 지원)  ※ 연속혈당측정용 전극은 1형 당뇨 환자에 한하며, 기준금액(10,000원/일, 제품별 사용가능일수 고려) 또는 실구입가 중 낮은 금액의 70% 지원     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 지원대상자 | | | 기준금액 | | | 인슐린 투여자 | 인슐린 미투여자 | | 제1형 당뇨병환자 | | | 2,500원/일 | 해당사항 없음 | | 제2형  당뇨병환자 | 만 19세 미만 | | 2,500원/일 | 1,300원/일 | | 만19세 이상  1일 인슐린 투여횟수 | 1회 투여 | 900원/일 | 해당사항 없음 | | 2회 투여 | 1,800원/일 | 해당사항 없음 | | 3회이상 투여 | 2,500원/일 | 해당사항 없음 | | 임신 중 당뇨병환자 | | | 2,500원/일 | 1,300원/일 |   2. 당뇨병 관리기기   (지원대상) 제1형 당뇨병 환자   (지원기준) 기준금액 또는 실구입가 중 낮은 금액의 70% 지원   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 지원대상자 | 기준금액 | | | 연속혈당측정기 | 인슐린자동주입기 | | 제1형 당뇨병환자 | 210,000원/3개월 | 1,700,000원/개 |     3. (지급절차)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **요양기관** | ▶ | **환자** | ▶ | **환자** | ▶ | **공단** | | 환자등록신청서(최초1회)  /처방전 발급 | 소모품 및 관리기기 구입  \* 공단 등록 업소 및 제품 해당 | 공단에 환자등록신청(최초1회)  /요양비 청구 | 요양비 지급 | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡]] |