|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 요양비의 보험급여 기준 및 방법 [별지 제4호의6서식] | | | | | | | | | | | |
| **건강보험 산소치료 급여대상자 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 | | |  | | | |
| ㉮ 동맥혈  가스검사 결과 | 1) [ ] 산소분압(PaO2)이 55㎜Hg 이하 또는  [ ] 산소포화도(SaO2)가 88% 이하 | | | | | | | | | |
| 2) [ ] 산소분압(PaO2)이 56~59㎜Hg 이며 | | | [ ] 적혈구 증가증(헤마토크릿 55% 초과) 또는  [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 또는  [ ] 폐동맥고혈압 | | | | | | |
| 3) [ ] 산소포화도(SaO2)가 89% 이상이며 | | | [ ] 적혈구 증가증(헤마토크릿 55% 초과) 또는  [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 또는  [ ] 폐동맥고혈압 | | | | | | |
| ㉯ 산소포화도  검사결과 | 1) [ ] 산소포화도가 88% 이하 | | | | | | | | | |
| 2) [ ] 산소포화도가 89% 이상 이며 | | | | [ ] 적혈구 증가증(헤마토크릿 55% 초과) 또는  [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 또는  [ ] 폐동맥고혈압 | | | | | |
| ㉰ 호흡기 장애 | [ ] 심한 정도 [ ] 심하지 않은 정도  [ ] 2019.7.1. 전 호흡기장애 1급 또는 2급으로 확인된 자는 ㉮,㉯ 검사 없이 등록 가능  ※ 장애인복지법 상 장애정도 또는 장애등급을 의미함 | | | | | | | | | |
| 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 | | | | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | | | | |
| 요양기관명(기호) : | | ( ) | | | | | | | (요양기관 직인) | |
| 담당의사 성명(면허번호) : | | ( ) | | | | | | |  | |
| 전문과목(전문의 자격번호) : | | ( ) | | | | | | | (서명 또는 인) | |
| 위와 같이 건강보험 산소치료 급여대상자 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, 건강보험증번호, 수신자 전화번호,「요양기관 확인란」에 기록된 개인정보를 수집ㆍ이용할 수 있습니다.  - 공단이 수집.이용하고 있는 개인정보는 개인정보보호법에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡]] | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| (뒤 쪽) |
|  |
| 유의사항 |
| 1. 요양기관 확인란의 확인사항 중 어느 하나에 해당되어야 건강보험 산소치료 급여대상자로 등록이 가능합니다.  2. 등록 신청서는 반드시 내과ㆍ결핵과ㆍ흉부외과의 전문의가 발행하여야 합니다. (소아의 경우 소아청소년과 전문의)  3. 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사를 실시해야 합니다.  - 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있음  - 2019.7.1전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 장애인으로서 동맥혈가스 또는 산소포화도 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 경우 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사를 실시한 것으로 봄  4. 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.  - 고시 별표5의 산소치료 요양비 지급 대상자 기준을 충족해야 합니다.  - 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사 결과를 표시합니다.  ㉮ 동맥혈가스검사 결과 1)~3) 중 어느 하나에 해당  ㉯ 산소포화도검사 결과 1~2) 중 어느 하나에 해당  ③ 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.  - 수진자(진료를 받은 자)  - 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 | ▶ 신청서 작성 및 공단에 제출 | ▶ 접수 및 확인 | ▶ 대상자 등록 및 관리 | |
|  |