|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 요양비의 보험급여 기준 및 방법 [별지 제4호의4서식] | | | | | | | | | | | |
| **건강보험 양압기 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 | |  | | | | |
| 상병 및  검사방법  (해당사항에  √표시 및 기재) | 1. [ ] 양압기 요양비 지급대상 상병(고시 별표5)에 해당  2. [ ] 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ)실시 일자: 년 월 일  ※ 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과지를 반드시 첨부  (등록 신청서 발행일을 기준으로 1년 이내 시행한 검사만 유효) | | | | | | | | | |
| 환자상태 및  진료소견  (해당사항에 √표시) | 1. 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과 | | | | | | | | | |
| ① 일반  [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는  [ ]  무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 이상 이면서  아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시)  [ ] 불면증    [ ] 주간졸음   [ ] 인지기능 감소  [ ]  기분장애  [ ]  무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서  아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시)  [ ] 고혈압  [ ] 빈혈성 심장질환  [ ]  뇌졸중 기왕력 [ ]  산소포화도가 85% 미만 | | | | ② 소아의 경우(12세 이하)  [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는  [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서  아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에√표시)  [ ] 불면증  [ ] 주간졸음  [ ] 부주의-과행동증  [ ] 아침두통 [ ] 행동장애 [ ] 학습장애  [ ] 산소포화도가 91% 미만 | | | | | |
| 2. 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ)가 불가능한 경우(①,② 모두 충족) / (해당사항에 √표시)   ① 환자 유형  [ ] 2세 이하의 영유아 또는 [ ] 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연)   ② 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과 아래의 어느 하나에 해당  [ ] 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상  [ ] 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 모두 50mmHg 이상  ※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부 | | | | | | | | | |
| 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 | | | | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | | | | |
| 요양기관명(기호) : | | ( ) | | | | | | (요양기관 직인) | | |
| 담당의사 성명(면허번호) : | | ( ) | | | | | |  | | |
| 전문과목(전문의 자격번호) : | | ( ) | | | | | | (서명 또는 인) | | |
| 위와 같이 건강보험 양압기 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 확인사항을 모두 충족하여야 건강보험 양압기 급여 대상자로 등록이 가능합니다.  2. 양압기 요양비 지급대상 상병, 검사방법 및 진단기준 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터 또는 요양기관 정보마당에서 확인할 수 있습니다.  3. 등록 신청서는 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의 또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 전문의가 발행하여야 합니다.  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 성명(한글) 및 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 별표 5(양압기 요양비 지급 대상자)에 속하는 상병에 해당하고 검사방법 및 진단기준을 만족해야 하며, 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과지를 반드시 첨부하여야 합니다.  - 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 가 불가능할 경우 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.  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 | |
|  |