

<서식 4>

영유아 발달 정밀검사비 청구서(지원대상자용)						
영유아 건강검진 일자		년	월	일	발달 정밀검사 일자	
		년	월	일		
대 상 영유아	성 명				주민등록번호	
	주 소					
	구 분	의료급여수급권자 <input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종 <input type="checkbox"/> 특례 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 기초수급(주거·생계급여) <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 일반				
보호자 (대리인)	성 명		관계		전화번호	
의료기관	기관명				전화번호	
	주 소					
검사기관 (의뢰 시)	기관명				전화번호	
	주 소					
청 구 금 액		₩ (원)				
입금계좌	예금주		은행명		계좌번호	
위 금액을 검사비로 청구합니다.						
첨부	1. 영유아 건강검진 결과 통보서. 2. 진료비 영수증. 3. 영유아 발달 정밀검사 결과통보서(또는 진단서). 4. 입금통장 사본. 5. 지원대상자임을 확인할 수 있는 증빙서류. (의료급여증, 차상위계층확인서, 기초생활수급자 증명서, 건강보험증 등) * <a href="#">지역보건의료시스템 또는 e-하나로 행정정보공동이용시스템</a> 등으로 확인이 불가능한 경우					
년    월    일						
신청자					서명 또는 인	
_____ 보건소장 귀하						