

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 02 월분)	보험자 종별 구분	4	※접수번호	
요양급여비용심사청구서						

요양 기관	기 호	11700238	명칭	강북구보건소			전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0
	소재지	서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)					우편번호	1-145			
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)				대행 청구 단체	기호			
		생년월일	-0000000				명칭				
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액	
계	2	345,280				241,880			345,280		
의과	입원	1									
	외래	2	345,280			241,880			345,280		
치과	입원	3									
	외래	4									
한방	입원	5									
	외래	6									
조산	7										
DRG	10										

상급종합병원 치과대학부속치과병원 한방의료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영 (서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
 전산매체() 매
 처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 03 월분)				보험자 종별 구분	4	※접수번호			
요양급여비용심사청구서											
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소		전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)				우편번호	1-145			
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)				대행 청구 단 체	기호			
생년월일		-0000000				명칭					
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액	
계	1	256,640				179,740			256,640		
의과	입원	1									
	외래	2	1	256,640			179,740			256,640	
치과	입원	3									
	외래	4									
한방	입원	5									
	외래	6									
조산	7										
DRG	10										

상급종합병원 치과대학부속치과병원 진료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영

(서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
전산매체() 매
처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 04 월분)				보험자 종별 구분	4	※접수번호			
요양급여비용심사청구서											
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소		전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)				우편번호	1-145			
	작성 자	성명	이경선 (서명 또는 날인)			대 행 청 구 단 체	기호				
생년월일		-0000000			명칭						
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액	
계	455	2,934,390				2,193,690			2,934,390		
의과	입원	1									
	외래	2	1	256,640			179,740			256,640	
치과	입원	3									
	외래	4									
한방	입원	5									
	외래	6	454	2,677,750			2,013,950			2,677,750	
조산	7										
DRG	10										

상 급 중 합 병 원 진 료 분 류 구 분	1	2	3	4	5	6	9
치과대학부속치과병원 한림대학교병원 한양대학교병원	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수						진료일수					

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영

(서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※첨부 : 요양급여비용명세서
전산매체()
처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 05 월분)					보험자 종별 구분	4	※접수번호				
요양급여비용심사청구서													
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소			전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0	
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)					우편번호	1-145				
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)					대행청구 단 체	기호				
		생년월일	-0000000						명칭				
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액			
계	52	485,310				355,510			485,310				
의과	입원	1											
	외래	2	1	172,640			120,940			172,640			
치과	입원	3											
	외래	4											
한방	입원	5											
	외래	6	51	312,670			234,570			312,670			
조산	7												
DRG	10												

상 급 중 합 병 원 원 원	1	2	3	4	5	6	9
치과대학부속치과병원 한림대학교병원 진료분야구분	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영 (서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
 전산매체() 매
 처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 07 월분)					보험자 종별 구분	4	※접수번호				
요양급여비용심사청구서													
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소			전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0	
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)					우편번호	1-145				
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)					대행청구 단 체	기호				
		생년월일	-0000000						명칭				
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액			
계	2	14,880				12,480			14,880				
의과	입원	1											
	외래	2	1	10,240			8,940		10,240				
치과	입원	3											
	외래	4											
한방	입원	5											
	외래	6	1	4,640			3,540		4,640				
조산	7												
DRG	10												

상 급 중 합 병 원 원 원	1	2	3	4	5	6	9
치과대학부속치과병원 한림대학교병원 진료분야구분	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영

(서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
전산매체() 매
처 방 전 매

서식번호	G	1	0	1	(2015년 09월분) 요양급여비용심사청구서	보험자 종별 구분	4	※접수번호	
------	---	---	---	---	--------------------------------------	-----------------	---	-------	--

요양기관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소	전화번호	02-901-7600	청구단위구분	0	
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)			우편번호	1-145			
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)				기호			
		생년월일	-0000000				명칭			

구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액
계	1	256,640				179,740			256,640	
의과	입원	1								
	외래	2	256,640			179,740			256,640	
치과	입원	3								
	외래	4								
한방	입원	5								
	외래	6								
조산	7									
DRG	10									

상급종합병원 치과대학부속치과병원 진료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
내과분야		외과분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수						진료일수					

국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일
 청구인 : 이인영 (서명 또는 날인)

건강보험심사평가원장 귀하
 국민건강보험공단이사장 귀하
 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※첨부	요양급여비용명세서	매
	전산매체()	매
	처방전	매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 10 월분)					보험자 종별 구분	4	※접수번호			
요양급여비용심사청구서												
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소			전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)					우편번호	1-145			
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)					대행청구 단 체	기호			
생년월일		-0000000					명칭					
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액		
계	68	433,620	4,000			329,120			433,620			
의과	입원	1										
	외래	2										
치과	입원	3										
	외래	4										
한방	입원	5										
	외래	6	68	433,620	4,000		329,120		433,620			
조산	7											
DRG	10											

상급종합병원 치과대학부속치과병원 진료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영

(서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
전산매체() 매
처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 11 월분)				보험자 종별 구분	4	※접수번호				
요양급여비용심사청구서												
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소		전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0	
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)				우편번호	1-145				
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)				대행청구 단 체	기호				
		생년월일	-0000000					명칭				
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액		
계	2	261,280	1,100			183,280			261,280			
의과	입원	1										
	외래	2	261,280	1,100		183,280			261,280			
치과	입원	3										
	외래	4										
한방	입원	5										
	외래	6										
조산	7											
DRG	10											

상 급 중 합 병 원 원 원	1	2	3	4	5	6	9
치과대학부속치과병원 한림대학교병원 진료분야구분	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영 (서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
 전산매체() 매
 처 방 전 매

서식번호	G 1 0 1	(2015 년 12 월분)				보험자 종별 구분	4	※접수번호			
요양급여비용심사청구서											
요 양 기 관	기 호		11700238	명칭	강북구보건소		전화번호	02-901-7600		청구단위구분	0
	소재지		서울 강북구 한천로 897 (번동, 강북보건소)				우편번호	1-145			
	작성자	성명	이경선 (서명 또는 날인)				대행청구 단 체	기호			
생년월일		-0000000				명칭					
구 분	건수	요양급여비용 총액	본인일부 부담금	지원금	장애인의 의료비	청구액	차등수가 청구액	본인부담상한액 초과금총액	진료비총액	보훈 청구액	
계	107	615,000	2,200			473,800			615,000		
의과	입원	1									
	외래	2	3	13,920			12,420		13,920		
치과	입원	3									
	외래	4									
한방	입원	5									
	외래	6	104	601,080	2,200		461,380		601,080		
조산	7										
DRG	10										

상급종합병원 치과대학부속치과병원 진료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨기과 분야	치과	한방

차등수가 적용기준	차등지수							진료일수						

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의거 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
- 한국보훈복지공단법 시행령 제15조의3의 규정에 의거 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 : 2016년 04월 22일

청 구 인 : 이인영 (서명 또는 날인)

- 건강보험심사평가원장 귀하
- 국민건강보험공단이사장 귀하
- 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨부 : 요양급여비용명세서 매
 전산매체() 매
 처 방 전 매