

표적항암약물허가치료비 확인서

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------|------------------------------|------|--|
| 성명 | | 주민번호 | | 등록번호 | |
| 진단명 | | 분류코드 | | 진단일 | |
| 표적항암약물 치료내용 | 제품명 | | | | |
| | 성분명 | | | | |
| | 제약회사 | | | | |
| | 최초투약 (처방일) | 년 월 일 | | | |
| 식품의약품 안전처 "효능효과" 내 투약여부 | <input type="checkbox"/> 범위 내 사용 | 급여 적용 여부 | <input type="checkbox"/> 급여 | | |
| | <input type="checkbox"/> 범위 외 사용 | | <input type="checkbox"/> 비급여 | | |
| 허가범위 외 사용시 "건강보험심사 평가원 암질환 심의위원회 심사 결과" | <input type="checkbox"/> 사전승인 / 기승인 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 사후승인완료 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 현재심사 중 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 불승인(거절) | | | | |
| 비급여 약제 사용시 허가사항 (효능/효과)이내 사용근거 및 소견 | | | | | |

위와 같이 치료하였음을 확인함

*병/의원 및 의사 직인이 누락된 경우는 치료확인서 무효임

발행일: 20 년 월 일

의료기관명:

진료과:

면허번호: 제 호 의사성명: (인)

☞ 상기 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역 (처방전, 영수증, 상세내역서 등) 함께 제출 바랍니다.

☞ 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사가 진행 중인 경우 최종 승인 후 보험금 청구 (접수) 가능합니다.