

# 표적항암약물 허가치료 확인서

[우체국보험 제출용]

## 1. 인적사항

환자명		주민번호	-
-----	--	------	---

## 2. 치료내용

진단명 (전이 포함 모두 기재)		한국표준 질병분류번호	
약품명(제품명)		주 성분명	
제약회사			
급여 적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	최초 처방(투약)일	
식품의약품안전처 '효능효과' 내 투약 여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	범위 외(Off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사 결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인 · 기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인 · 심사 중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용 시 허가사항(효능효과) 이내 사용 근거 및 소견			

※ “사후승인·심사 중”에 청구되는 경우(심사결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금 청구접수(심사)가 가능합니다.

## 3. 확인자 내용

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명		진료과	
요양기관번호		의사성명	
작성일	년 월 일	면허번호	

### 【보험금 청구 유의사항】

- ※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.
- ※ 우체국보험 양식 외 의료기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 모두 필수로 기재되어야 하며 전문의의 확인을 통해 작성되어야 함을 안내해 드립니다.