

특정항암/갑상선암 호르몬약물허가치료 확인서 (보험회사 제출용)

약제 구분	<input type="checkbox"/> 특정항암호르몬치료제	<input type="checkbox"/> 갑상선암호르몬치료제
-------	-------------------------------------	-------------------------------------

■ 인적사항

환자의 성명	주민등록번호	초진일	년	월	일
--------	--------	-----	---	---	---

■ 약물치료 내용

질병명 주1)		질병분류번호 주2)	
발병일		진단일	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
제약회사 명칭			
식품의약품안전처 「효능효과」 내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	최초 처방(투약)일	
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(off-label) 사용시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인 · 기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인 · 심사중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견			

■ 특정항암 호르몬 약물 허가치료 관련 추가 기재사항

상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제/진행 속도 감소	<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)
	호르몬 차단/호르몬 양 감소 효과	<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)

■ 갑상선암 호르몬 약물 허가치료 관련 추가 기재사항

수술일 주3)		수술일자	
상기 약제재의 투약 목적 및 효과	갑상선암 수술 후 치료 또는 재발방지 목적 (갑상선자극호르몬(TSH) 억제 치료)		<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류 가능한 코드로 기재 바랍니다.

주3) 주1) 및 주2)의 질병을 치료하기 위한 목적의 수술에 대해서만 기재 바랍니다.

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

※ "사후승인·심사중"에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

• 의료기관명 :
• 진료 과목 :

• 면허번호 :

년 월 일 의사 : (인/서명)

