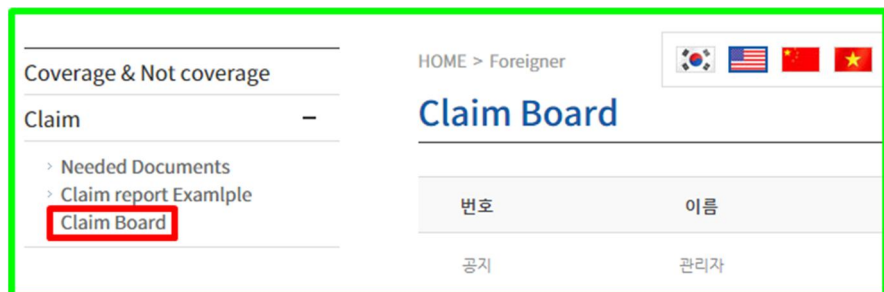
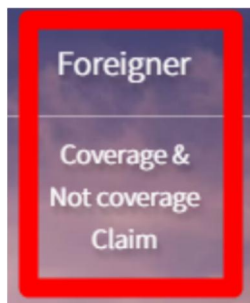


# 2025년 송실대학교 외국인 학생 보험금 청구하는 방법

보험금 청구방법 / How to Claim / 报销申请方法 / cách thức khiếu nại bảo hiểm

1. DB손해보험 해외유학 여행보험 전담팀 홈페이지 접속 [www.dbinsu.net](http://www.dbinsu.net)



Foreigner > Claim(보험청구) > Claim Board (청구하기)

or

2. 필요서류 정리하여 [master@dbinsu.net](mailto:master@dbinsu.net) 로 바로 청구하기

Send to e-mail with the necessary documents: [master@dbinsu.net](mailto:master@dbinsu.net)

HomePage: [www.dbinsu.net](http://www.dbinsu.net)

E-mail: [master@dbinsu.net](mailto:master@dbinsu.net)

Tel: 02)2264-4900 C.P: 010-3199-6337

Manager: 김도연 (Kum Doyeon)

# 보험금 청구서류

Language >



보험금 청구 시 필요서류

## 공통 서류

1. 보험금 청구서
2. 외국인등록증 사본
3. 본인 통장사본

※ 만일 추가적으로 서류제출이 필요하다면 연락을 드립니다.

## 입원 치료(수술 포함)

1. 입퇴원확인서
2. 병원 치료비 영수증 (카드영수증 불가)
3. 진료비 세부내역서
4. 수술확인서(수술 시)

## 통원 치료

### 치료비가 30,000원 이하일 경우

1. 병원 치료비 영수증 (카드영수증 불가)
2. 진료비 세부내역서

### 치료비가 30,000원 이상일 경우

1. 병원 치료비 영수증 (카드영수증 불가)
2. 진료비 세부내역서
3. 진료기록서/통원확인서/진료차트/소견서 중 택1(반드시 질병명 혹은 질병코드가 기재되어야 함)

## 처방 치료

1. 처방전

## 2. 약국 영수증 (카드영수증 불가)

### 유의 사항

※ 산부인과 / 항문외과 / 비뇨기과 / 피부과 등 일부 진료과목은 치료비용과 상관없이 병명 확인되는 서류(진료기록서 혹은 처방전) 필수로 필요

※ MRI, CT검사를 받으셨을 경우는 MRI, CT판독지가 필수로 필요

## Needed Documents for Claiming

### Common documents

1. Claim report
2. Copy of your Alien registration card
3. Copy of your bank book

※ If there is more needed document, then the insurance company will contact you to request the document additionally.

### Inpatient treatment(Including surgery)

1. Confirmation of hospitalization and discharging
2. Receipt of treatment (not credit card receipt)
3. Detailed statement of medical expenses
4. Confirmation of surgery(In case of taking surgery)

### Outpatient treatment

#### In case of the treatment fee is under KRW30,000 :

1. Receipt of treatment (not credit card receipt)
2. Detailed statement of medical expenses

#### In case of the treatment fee is over KRW30,000 :

1. Receipt of treatment (not credit card receipt)
2. Detailed statement of medical expenses
3. Medical records/outpatient confirmation/medical chart/doctor's opinion paper 中 1 (It must be included disease code or name)

## Prescription(medicine)

1. prescription
2. Receipt of pharmacy (not credit card receipt)

## NOTICE

※ In case of obstetrics and gynecology / proctological / urology / dermatology , no matter how much you paid, must be prepared Medical records or prescription(It must be included disease code or name)

※ In case of taking MRI, CT examination, must be prepared "MRI(CT) scan reading report"

# 必备报销资料

## 共同资料

1. 报销申请书
2. 外国人登陆证复印件
3. 存折复印件

※ 如果你还需要上传别的资料的话，保险公司要给你联系。

## 住院治疗 (包括手术)

1. 住/出院证明书
2. 医院诊疗费收据 (信用卡收据不行)
3. 诊疗费详细记录书
4. 手术证明书 (手术时)

## 门诊治疗

诊疗费KRW30,000以下时：

1. 医院诊疗费收据 (信用卡收据不行)
2. 诊疗费详细记录书

诊疗费KRW30,000超过时：

1. 医院诊疗费收据 (信用卡收据不行)

## 2. 诊疗费详细记录书

3. 诊疗记录书、门诊治疗确认书、病历记录书、医生意见书 中 1 ( 该包括疾病名或者记录病名代码 )

### 处方治疗

1. 药单

2. 药费收据 ( 信用卡收据不行 )

### 注意事项

※ 如果关于产科、肛门外科、泌尿科、皮肤科的话，不管诊疗费多少应该需要上传诊疗记录书或者药单 ( 该包括疾病名或者记录病名代码

※ 如果接受MRI、CT检查时应该需要上传“MRI、CT记录书”

# hồ sơ khiếu nại bảo hiểm

## Tài liệu chung

1. Đơn yêu cầu chi trả bảo hiểm và giấy đồng ý sử dụng thông tin cá nhân

2. Chứng minh thư người nước ngoài (Bản sao)

3. Sổ ngân hàng (Bản sao)

※ Chúng tôi sẽ liên lạc để yêu cầu bổ sung hồ sơ nếu thiếu.

## Điều trị nội trú (bao gồm cả phẫu thuật)

1. Giấy chứng nhận ra viện

2. Hóa đơn viện phí (Không chấp nhận biên lai thanh toán)

3. Bảng kê chi tiết chi phí điều trị

4. Phẫu thuật xác nhận (nếu phẫu thuật)

## Điều trị ngoại trú

### Nếu chi phí điều trị ít hơn 30.000 won

1. Hóa đơn viện phí (Không chấp nhận biên lai thanh toán)

2. Bảng kê chi tiết chi phí điều trị

### Nếu chi phí điều trị nhiều hơn 30.000 won

1. Hóa đơn viện phí (Không chấp nhận biên lai thanh toán)

2. Bảng kê chi tiết chi phí điều trị

3. Một trong các loại giấy tờ sau phải có ghi tên bệnh hoặc mã bệnh: Y bạ/ giấy xác nhận điều trị ngoại trú/ phác đồ điều trị/ bản ghi chép ý kiến của bác sĩ

#### **Thuốc điều trị theo đơn**

1. Đơn thuốc

2. Hóa đơn mua thuốc (không chấp nhận biên lai thanh toán)


#### **Lưu ý:**

※ Một số mục chữa bệnh ở phòng khám khoa sản/ phòng khám khoa ngoại hậu môn/ phòng khám tiết niệu/ phòng khám da liễu thì cần phải có giấy xác nhận được tên bệnh bất kể mức phí điều trị.

※ Nếu chụp MRI, CT cần phải có phim chụp MRI, CT

**보험금청구서 • Insurance Claims • 报销申请书 • Đăng ký t i ền bảo hiểm**

**보험금청구서는 반드시 국문 또는 영문으로 작성하여야 합니다. Claims must be made in Korean or English.**  
**请必须写一下用韩语或者英语. Vi ết tên t i ền ng việt hay t i ền ng anh vào bản đăng ký bảo hiểm**

1. 성명. NAME : 왕명 (Wang ming) 名字. TÊN : 왕명 (Wang ming)	2. 학교명 : 송실대학교 (Soongsil Univ) University Name : 송실대학교 (Soongsil Univ)
3. 과정: <input checked="" type="checkbox"/> 학부생(Undergraduate student) <input type="checkbox"/> 대학원생 (Graduate student) <input type="checkbox"/> 교환학생 (Exchange student) Class <input type="checkbox"/> 한국어 연수생 (Korean language school) <input type="checkbox"/> 정부초청 장학생 (GKS, KGSP) <input type="checkbox"/> 기타 (The others)	
4. 이메일 주소 : wangno1@naver.com E-mail address : wangno1@naver.com	
5. 외국인등록번호. Alien ID No : 990101-5001234 外国人登陆证号码 . Số chứng minh thư người nước ngoài : 990101-5001234	
6. 본인 연락처. Cell Phone No.(self) : 010-1234-5678 手机号码 .Số liên lạc của bản thân : 010-1234-5678	
7. 한국어로 통화 가능한 연락처. Phone Number can speak Korean. : 010-9012-3456 (friend) 会说韩语的手机号码 .Số liên lạc của người có khả năng nói được t i ền ng hàn : 010-9012-3456 (friend)	
8. 사고 일시. Date & Time of Accident (or Sickness) : 2020년 03월 01일 (year/ month/ day) 发生日期 . Ngày giờ xảy ra tai nạn : 2020년 03월 01일 (year/ month/ day)	
9. 발생 상황. Occurrence Situation. 事故状况 . Tình trạng khi bị xảy ra tai nạn hay bệnh tật 간단 기재. Simply mark it out. 简单记录 . Kể qua nội dung sự việc 수업을 듣던 중 복통으로 내원치료. (stomach pain during class)	
10. 보험금 수령 계좌 ( Beneficiary Account · 保险金领取账号 · Tài khoản nhận t i ền bảo Hiểm ) ▶ 은행명 (Bank Name) : 우리 (Woori) ▶ 계좌번호 ( Account Number) : 1002-123-456789 ▶ 예금주명 (Deposit owner) : Wangming	
10. 개인(신용) 정보 이용.수집.제공. 조회 동의 (우측 <input type="checkbox"/> 동의 란에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시 후 서명하셔야 합니다) (1) 개인(신용)정보 수집 · 이용에 관한 동의 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(DB손해보험 자회사, DB손해보험으로부터 사고조사를 위탁 받은 협력법인 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인 (신용)정보(경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)를 보험금 지급심사(보험금청구서류 접수대행 서비스포함), 사고조사(보험사기 조사 포함), 분쟁·민원업무 처리의 목적으로 위 목적 달성 시까지 수집·이용하고자 합니다. 이에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의 (2) 개인(신용)정보 조회에 관한 동의 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(DB손해보험 자회사, DB손해보험으로부터 사고조사를 위탁 받은 협력법인 포함)는 보험금 지급심사(보험금청구서류 접수대행 서비스포함), 사고조사(보험사기 조사 포함), 분쟁·민원업무 처리의 목적으로 신용정보 집중기관으로부터 귀하의 보험계약정보, 사고 및 보험금지급 정보, 질병·상해 관련 정보를 위 목적 달성시까지 조회하고자 합니다. 이에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의 (3) 개인(신용)정보 제공(위탁)에 관한 동의 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(DB손해보험 자회사, DB손해보험으로부터 사고조사를 위탁 받은 협력법인 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인 (신용)정보를 금융위, 금융감독원 등의 공공기관, 손해보험협회 등의 신용정보집중기관, 보험회사, 보험금 지급심사 등에 필요한 업무를 위탁 받은 자 등의 제3자에게 제공할 수 있습니다. 이에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의 (4) 고유식별정보 처리에 관한 동의 「개인정보보호법」 제23조 및 제24조에 따라, 당사(DB손해보험 자회사, DB손해보험으로부터 사고조사를 위탁 받은 협력법인 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 위 (1), (2), (3)에서 규정한 내용과 같이 귀하의 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호·운전 면허증번호)를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의 본인은 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기 내용과 같이 이용·수집, 제공, 조회하는 것에 동의합니다.	
20 20    년(Year)    3    월(month)    1    일(day)    DB Insurance 귀중	
피보험자명 ( Insured. 被保險者名. Quy ền lợi người nộp bảo hiểm ) : wangming	
서명 ( Sign. 签名. Ký tên ) : 	



# 외국인등록증

ALIEN REGISTRATION CARD

# KOR



외국인  
등록번호

[REDACTED]

성별 M

성명

[REDACTED]

국적  
지역

CHINA P. R.

체류자격 유학(D-2)

발급일자 2019.08.28

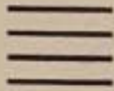
서울출입국·외국인청장  
CHIEF, SEOUL IMMIGRATION OFFICE

KOR

[REDACTED]

KOR





WOORIBANK

SWIFT CODE : HVBKRRSEXXX

WANG MING 01

계좌번호 1002-160-12345678

인감  확인인

예금과목 저축예금(저축예금)

실명확인필19-10-25(신규발행)

*Wangming*

우리은행



서명

대한민국정부 인지세 100원 납대문세무서장  
후납승인 2018년 100003086호

서명사용 우리은행

신고객번호

계좌관리점: 송실대학교지점

계좌일자: 2019-10-25 전화: 02-826-4522

통장발행점: 송실대학교지점

발행일자: 2019-10-25 전화: 02-826-4522

(이 통장은 표지를 한하여 12장입니다)

중요증서 (1037)

**약관적용 안내**

- 이 통장의 거래에는 예금거래기본약관, 신탁거래약관 및 해당 예금 개별약관을 적용하며, 우리 은행에 비치된 약관내용을 열람 또는 교부 받으실 수 있습니다.

**필수 안내사항 ①**

- 통장 및 현금카드를 타인에게 양도하는 경우 손해배상책임을 부담할 수 있고, 관련법에 의해 처벌받을 수 있습니다. 또한, 입출금이 자유로운 예금약관에 따라 계좌개설 등의 금융거래가 제한될 수 있습니다.
- 1년간 자동화기기로 입금, 출금, 이체거래가 없는 계좌는 자동화기기 1일 인출 및 이체한도가 70만원으로 하향조정 됩니다.

**필수 안내사항 ②**

- 서명으로 등록된 통장은 신분증을 지참한 예금주 본인만 거래 가능합니다.
  - 비밀번호가 타인에게 누설될 경우 예금이 부정 인출 될 수 있으므로 타인이 알지 못하도록 하여 주십시오.
  - 통장, 인감, 현금IC카드, 신용카드 등 분실 시는 바로 가까운 우리은행 영업점 또는 고객센터로 신고하여 주십시오.
- ※ 통장, 현금IC카드 분실신고: 1588-5000 / 1599-5000  
신용IC, 체크카드 분실신고: 1588-5300

통장일련번호 001

영문지점명: SOONGSIL UNIVERSITY BRANCH

한도제한계좌등록 (2019-10-25)



고객의 말씀 080-365-5000  
(휴대폰 02-2008-5000)

등록번호	01474	야간(공휴일) 진료	<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴일	사업장 번호	203-82-03581
환자성명		병실 번호		사업장소재지	서울 동작구 흑석로 102
진료과(센터)	가정의학과	환자유형	일반	대표전화	1800-1114
진료의사	김정하	보조구분	정상	상호명	중앙대학교병원
진료기간	20191226				

항목	급여		
	일부분인부담		
	본인부담금	공단부담금	
진찰료			
입원료	1인실		
	2·3인실		
	4인실이상		
식대 및 영양상담			
투약 및 조제료	행위료		
	약품비		
주사료	행위료		
	약품비		
마취료			
처치 및 수술료			
검사료			
영상진단료			
방사선치료료			
치료재료대			
재활 및 물리치료료			
정신요법료			
진찰 및 혈액성분제재료			
선택항목	CT진단료		
	MRI진단료		
	PET진단료		
	초음파진단료		
	보철·교정료		
증영료, 기타			
*국민건강보험, 제4차의료보험 적용*			
포괄수가진료비(DRG)			
계	(1)	(2)	
상한액 초과금	⑥		
요양기관종류	<input type="checkbox"/> 의원급 · 보건기관 <input type="checkbox"/> 병원		
현금영수증	신분확인번호	현금승인번호	
	카드종류	우리은행	카드번호
신용카드	할부기간	0	승인번호(승인)
			00201390
수납시	2019년12월26일 10:23	수납확인	131291

**※ 카드 영수증은 인정되지 않습니다.**

**Card receipt not accepted**

**[고객용] 신용매출** 11:07:09(L)  
**상도밝은안과의원**  
**김재훈** 672-91-00123 TEL: 02-812-2375  
 서울특별시 동작구 상도로 301, 2층(상도1동, 의암빌)

TID: 5711903601 A-0000 0019  
 카드종류: **우리체크카드**  
 카드번호: 6210-20\*\*-\*\*\*\*-5672  
 거래일시: 2019/11/12 11:07:09 (일시불)

IC승인 금액: 0원  
 EDC매출표 부가세: 0원  
 비과세: 25,500원  
 관계사제출합계: **25,500원**  
 비씨카드 승인No: 751590  
 가맹점번호: 797269809

**체크카드**

**\* 감사합니다 \***

예약증		
진료예약 당일 해당진료센터(과)로 제출바랍니다		
등록번호		
환자성명		
진료과(센터)		
진료의사		
예약일자	년	월 일
예약시간	오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 시 분	
* 진료예약변경 및 취소는 예약일자 1일전까지 요청하여 주시기 바랍니다. ** 진료예약/변경/취소 1800-1114 <b>중앙대학교병원</b>		

님께서 가셔야 할 곳

01474013

중앙관1층 또는 다정관2층 채혈실  
 중앙관1층 또는 다정관2층 영상의학과점  
 1층-외래주사실

**일반사항안내**

1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.  
 2. '국민건강보험, 제4차 의료보험, 제4차 또는 의료급여법, 제13조의2에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 차액에 대하여 건강보험심사평가원에 (01)644-2000, 홈페이지 www.nia.or.kr 확인 요청하실 수 있습니다.  
 3. 계산서·영수증은 소득세법 제110조의2에 따른 공제신증 또는 조세특례제한법 제110조의2에 따른 환급금으로 교부된 환급영수증 승인번호가 적힌 경우만 (홈페이지)에 사용될 수 있습니다. 다만, 자율공제번호로 발급된 '환급영수증(지출증명서)'은 공제신청에 사용될 수 없습니다. (환급영수증 문의: 150 홈페이지: http://www.gongsoo.com)

**약교환권**

약국 전광판에 약 번호가 켜지면 교환권을 제출하시고 약을 받으시기 바랍니다.

등록번호: 01474013





## 진료비 세부산정내역

환자등록번호	환자성명	진료기간	병실	환자구분	비고
		20191112	외래		

항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여
								일부본인부담		전액본인부담	
								본인부담금	공단부담금		
진찰료	20191112	AA255	재진진찰료	11,340	1.0000	1	11,340	4,536	6,804	0	0
투약(행위료)	20191112	AL300	외래환자 의약품관리료[방문당]-병원급 의·치과	70	1.0000	1	70	28	42	0	0
투약(약품비)	20191112	640000920	솔레톤정	144	2.0000	10	0	0	0	0	0
투약(약품비)	20191112	643503860	한미파모티딘정(파모티딘)(수출명:파인정)_(20mg/1정)	189	2.0000	10	0	0	0	0	0
투약(약품비)	20191112	644903170	중외에페리손염산염정50mg	115	2.0000	10	0	0	0	0	0
주사(행위료)	20191112	KK010	피하 또는 근육내주사	1,150	1.0000	1	1,380	552	828	0	0
주사(약품비)	20191112	053300061	히알로제	50,000	1.0000	1	50,000	0	0	0	50,000
주사(약품비)	20191112	645100663	대한생리식염주사 20ml	275	0.5000	1	138	55	83	0	0
주사(약품비)	20191112	683100393	휴메릭스액사메타손포스페이트이나트륨주사	222	1.0000	1	222	88	134	0	0
마취료	20191112	645100751	염산리도카인1%주 20ml	507	0.5000	1	254	101	153	0	0
마취료	20191112	LA358	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-MBB	56,440	2.5000	1	169,320	67,728	101,592	0	0
방사선치료료	20191112	G0400	C-Arm형 영상증폭장치이용료	0	1.0000	1	0	0	0	0	0
치료재료대	20191112	BM1309UO	M필터니들주사기	1,300	2.0000	1	2,600	0	0	0	2,600
계							235,324	73,088	109,636	0	52,600
끝수처리 조정금액							-24	-88	-36	0	0
합계							235,300	73,000	109,600	0	52,600

신청인   (환자와의 관계 : 본인 ) 의 요청에 따라

진료비 계산서·영수증 세부산정내역을 발급합니다.

2019년 11월 12일



요양기관 명칭	튼튼병원 (11206209)	대표자	안성범
---------	-----------------	-----	-----

### 일반사항 안내

1. 진료비 계산서·영수증의 세부내역서는 환자의 구체적인 처방 내역 등이 확인되므로 원칙적으로 환자 본인 외에 발급을 금합니다.  
다만, 본 세부내역서 발급에 대해 별도로 환자 본인으로부터 위임을 받은 것이 확인된 자 또는 법정대리인에게 발급이 가능합니다.
2. 비고란은 세부산정내역을 발부하는 영수증번호 등 요양기관이 필요한 경우 추가 기재하는 공간으로 활용할 수 있습니다.
3. 동 서식에 명시된 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제3항에 따라 필수 기재되어야 합니다.







### 약제비 계산서·영수증 (별지 제 11호 서식)

영수증번호	투약일수	7
환자성명		-6*****
조제일자	2020-01-06	<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴
약제비총액	(①+②+③)	52,820원
본인부담금	(①)	0원
보험자부담금	(②)	0원
비급여전액본인	(③)	52,820원
총수납금액 (①+③)	카드	0원
	현금영수증	0원
	현금	52,820원
	합계	52,820원
현금영수증 (신분확인번호)	현금승인번호	
사업자등록번호	108-12-96521	
사업장소재지	서울시 동작구 상도동 475-6	
상호	상도프라자약국	
성명	백영애	
발행일	2020-01-06	

이 계산서/영수증은 소득세법상 의료비 또는 조세특례제한법에 의한 현금영수증(현금영수증 승인번호가 기재된 경우) 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 현금영수증(지출증빙)은 공제신청에 사용할 수 없습니다.

이 계산서/영수증에 대한 세부내역을 요구할 수 있습니다.

잔액본인부담금이란 국민건강보험 시행규칙 별표 5의 규정에 의한 요양급여비용의 본인부담금에 해당함을 말합니다.

약품명	투약량	횟수	일수	총투
비)로섹스겔0.75%	1	1	1	1
비)메디소루정	0.5	2	7	7
비)베타디온정	1	2	7	14
비)렘티진정	0.5	2	7	7
비)독시라마이신캡슐	1	2	7	14
비)한미파모티딘정	1	2	7	14
비)나무줄정	1	2	7	14

본인의 약은 다른 사람과 같이 복용하지 마세요.  
처방조제된 약은 약봉투에 기재된 용법용량에 따라 처방기간내 복용하세요.

### 조제약 복약안내

환자정보: (만 27세/여)  
조제약사: 이현순  
조제일자: 2020-01-06

병원정보: 삼성의원(피부과)

#### 약품사진

약품명	복약안내(투약량/횟수/일수)	주의사항
로섹스겔0.75% 무색 또는 담황색의 투명한 겔	[기타 피부 & 점막 관련 약물] 항원중제로 원충류, 혐기성 균 및 트리코모나스에 대해 광범위 활성을 나타냄	의사 지시대로 사용 기밀용기, 실온(1-30°C)보관 변비 발생 주의 어지러움 주의
메디소루정 흰색의 원형 정제	[부신피질호르몬] 부신피질호르몬제; 만성 염증, 알레르기성 질환, 중앙, 자가면역 질환, 장기이식,	0.5정씩2회7일분 기밀용기, 실온(1-30°C)보관 출혈 주의 임마름 유발 가능
베타디온정 흰색 원형의 필름코팅 정제	[항히스타민 & 항알러지약] 항히스타민제, 항알레르기약·다년성 알레르기 비염, 만성 두드러기,피부질환에	1정씩2회7일분 기밀용기, 실온(1-30°C)보관 졸음 주의 임마름 유발 가능
렘티진정 흰색 또는 미황색의 타원형 필름코팅정제	[항히스타민 & 항알러지약] 계절성 알레르기성 비염, 다년성 알레르기성 비염, 만성 특발성 두드러기 증상	0.5정씩2회7일분 차광기밀용기, 실온(1~30°C)보관 졸음 주의 음수 금지
독시라마이신캡슐10	[테트라사이클린계 항생제] 테트라사이클린계 항생제로 각종 감염증 치료에 사용됩니다.	1캡슐씩2회7일분
한미파모티딘정 노란색의 원형 필름코팅정제	[H2 차단제] 위산분비 억제제·위궤양, 십이지장 궤양, 위식도 역류 질환 예방, 치료제	1정씩2회7일분 기밀용기, 실온보관 졸음 주의 신장 기능 저하
나무줄정 백색의 원형 정제	[항진균제] 항진균제·진균(곰팡이균)에 의한 감염증 예방 및 치료	1정씩2회7일분 기밀용기, 실온(1~30°C)보관 어지러움 주의

**복약지침**

1일 2회 7일분  
 식후30분  식전30분  식사직후  매 시간마다  
 아침·점심·저녁·취침전

### 병·의원 처방조제

환자성명: (여/만 24세)  
조제약사: 김향숙  
처방전교부번호: 20191111-010  
조제일자: 2019-11-11  
처방전발행기관: 상도밝은안과의원

#### 약품명

약품명	약품사진	복약안내(투약량/횟수/일수)
세라캡슐(세파클러수화물)		1회투약량 1.00 1일투여횟수 3 총투약일수 5 항균작용을 통해 각종 세균감염증을 치료하는 약 증상 개선시 전문가와 상의없이 투약 중단 마세요
보라색 경질캡슐 실온보관		
복소펜정(복소프로펜나트륨수화물)		1회투약량 1.00 1일투여횟수 3 총투약일수 5 염증을 완화시키고, 통증을 해소하는 약 위장장애가 심하게 나타나면 전문가와 상의하세요.
흰색 정제 실온보관		
휴메틴정(시메티딘)		1회투약량 1.00 1일투여횟수 2 총투약일수 5 위산 분비를 억제함으로써 각종 위산과다증상을 개선하는 약 간질환, 신장질환 환자의 경우 전문가에게 알려주세요. 여성형 유방, 발열, 졸음이 있을 수 있습니다.
연녹색 정제 차광보관		
레보플로잔염(레보플록사신)		1회투약량 1.00 1일투여횟수 1 총투약일수 1 항균작용을 통해 세균성 안감염증을 치료하는 약 다른 점안제 투여시 최소 5분 간격 두고 투여하세요.
미황색 투명 점안제 차광실온보관		
퀴노비드안연고(오플록사신)		1회투약량 1.00 1일투여횟수 1 총투약일수 1 항균작용을 통해 세균성 안감염증을 치료하는 약 점안시 일시적으로 안자극감이 나타날 수 있어요.
노랑색 안연고 실온보관		

1일 3회 5일분  
 식후30분  식전30분  취침전  식후즉시  
 공복시  시럽은 1회 ml 회복용  냉장보관  실온보관

행/복/이/열/리는 건강약국 TEL. 02) 823-0700 FAX. 02) 823-0701

### 약제비 계산서·영수증 (별지 제 11호 서식)

영수증번호 (연월-일련번호)	20191111-0
환자성명	
조제일자	2019-11-11
투약일수	5
야간(공휴일)조제	야간( ) 공휴일( )
약제비총액(①+②+③)	21,430원
본인부담금 ①	21,430원
보험자부담금 ②	0원
비급여및전액본인부담금 ③	0원
총수납금액 (①+③)	카드 0원 현금영수증 0원 현금 21,430원 합계 21,430원
현금영수증 [ ]	신분확인번호 현금승인번호
사업자등록번호	108-03-29020
사업장소재지	서울시 동작구 상도로 301(상도1동)
상호	행복이 열리는 건강약국
성명	김향숙
발행일	2019-11-11

\*이 계산서/영수증은 소득세법에 의한 의료비 또는 조세특례제한법에 의한 현금영수증(현금영수증 승인번호가 기재된 경우) 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 (현금영수증(지출증빙))은 공제신청에 사용할 수 없습니다.

\*이 계산서/영수증에 대한 세부내역을 요구할 수 있습니다.

\*잔액본인부담금이란 국민건강보험법 시행규칙 별표 5의 규정에 의한 요양급여 비용의 본인부담금에 해당함을 말합니다.

달임: 현금영수증문의 126 인터넷홈페이지: http://현금영수증.kr

※ 약제비 영수증 인정 됩니다.

팜페이 가맹점명, 가맹점주소가 실체와 다른 경우  
www.phampay.co.kr accepted 02-777-2777

### [약제비영수증]

영수증번호: 20200203-00 (년월일-일련번호)  
고객성명:   
주인등록번호: [ ]  
조제일자: 2020-02-03 (10:22)  
투약일수: 14  
야간(공휴일)조제: 평일

항목	금액
약제비총액(①)+(②)+(③):	32,140
본인부담금(①):	6,700
공단부담금(②):	15,640
비급여(전액본인부담)(③):	9,800
총수납금액(①+③):	16,500
발행금액:	16,500 원

현금 신분확인번호:   
현금 승인번호:   
사업자번호: 5000944310  
상호: 한마음약국  
성명: 구경욱

사업장 소재지: 서울특별시 중구 미천대로 10 (전외번호: 02-2271-2861) 2020년 02월 03일

이 계산서 영수증은 소득세법상 의료비 또는 조세특례제한법에 의한 현금영수증(현금영수증 승인번호가 기재된 경우) 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 현금영수증 [지출증빙]은 공제신청에 사용할 수 없습니다.

\*현금영수증문의: 126  
홈페이지: http://현금영수증.kr

대한민국의 약국의 표준, NO.1 위드탑

약품명	투약량	횟수	일수
플루비사방정	1.00	2	14
비)트라우말정제	1.00	2	14
스토가정10밀리그램	1.00	2	14

※ 카드 영수증은 인정되지 않습니다.

Card receipt not accepted

[고객용] 신용매출 11:07:09(L)  
상도밝은안과의원  
김재훈 672-91-00123 TEL: 02-812-2375  
서울특별시 동작구 상도로 301, 2층(상도1동, 의암빌)

TID: 5711903601 A-0000 0019  
카드종류: 우리체크카드  
카드번호: 6210-20\*\*-\*\*\*-7672  
거래일시: 2019/11/12 11:07:09 (일시불)

IC승인 금액: 0원  
EDC매출표 부가세: 0원  
비과세: 25,500원  
관계사제출합계: 25,500원  
비씨카드 승인No: 751590  
가맹점번호: 797269809

체크카드 \* 감사합니다 \*



## 수 술 확 인 서

등록번호	22049492						
연번호	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>						
환자성명	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>	주민등록번호	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>	성별	남	연령	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 30px; height: 1em;"></span>
주소	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 300px; height: 1em;"></span>			전화번호	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>		
진 단 명	(주)전립선암중					한국질병 등록번호	C61
수술내역	[입원일자] : 2019-10-20 ~ 2019-10-25 > <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 300px; height: 1em;"></span>						
내 용	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 1em;"></span>						
비 고			용 도	보험회사제출용			

상기와 같이 수술하였음을 확인함.

발 행 일 2019년 10월 24일

의 료 기 관 명 가 톨 릭 대 학 교 서 울 성 모 병

주 소 서울 서초구 반포대로222(반포4동)

전 화 번 호 1588-1511

F A X 02-2258-2469

진 료 과

면 허 번 호 116911

의 사 성 명 신동호

신동호



\* 「사무관리규정」에 준용하여 전자이미지관인을 인쇄하며, 직인의 색상은 적색 또는 흑색으로 할 수 있습니다. page: 1/1

\* 본 증명서는 <http://certi.cmcseoul.or.kr/> 에서 원본확인이 가능합니다. 단, 원본확인은 발급일로부터 90일까지 가능합니다.





등록번호	01470221	야간(공휴일) 진료	<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴일	사업장 번호	203-82-03581
환자성명		병실번호	다정관8병동-3809	사업장소재지	서울 동작구 흑석로 102
진료과(센터)	외과	환자유형	국제진료	대표전화	1800-1114
진료의사		보조근로	승가100%	산출명	중앙대학교병원
진료기간	20191126 - 20191128	질병명		의사명	(인) [Blank]
항목		급여		전액	
		일부분인부담	본인부담금		
기본항목	진찰료				33,498
	입원료	1인실			
		2·3인실			
		4인실이상			
	식대 및 영양상담	행위료			
		약품비			
	투약 및 조제료	행위료			
		약품비			
	주사료	행위료			
		약품비			
	마취료				
	처치 및 수술료				
	검사료				
	영상진단료				
	방사선치료료				
치료재료대					
재활 및 물리치료료					
정신요법료					
전혈 및 혈액성분제재료					
선택항목	CT진단료				
	MRI진단료				
	PET진단료				
	초음파진단료				
	보철·교정료				
증명료·기타					
계	①	②	③		33,498
상한액초과금	⑥				
요양기관종류	<input type="checkbox"/> 의원급 · 보건기관 <input type="checkbox"/> 병원급 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input checked="" type="checkbox"/> 상급종합병원	선택진료신청	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
현금영수증	신분확인번호	현금승인번호			
신용카드	카드종류	카드번호			
	할부기간	승인번호			
수납시간	2019년11월28일 12:21	수납확인	120791		

※ 카드 영수증은 인정되지 않습니다.

Card receipt not accepted

[고객용] 신용매출 11:07:09(L)  
**상도밝은안과의원**  
 김재훈 672-91-00123 TEL: 02-812-2375  
 서울특별시 동작구 상도로 301, 2층(상도1동, 의암빌)

TID: 5711903601 A-0000 0019

카드종류: **우리체크카드**

카드번호: 6210-20\*\*-\*\*\*\*-5672

거래일시: 2019/11/12 11:07:09 (일시불)

IC승인 금액: 0원

EDC매출표 부가세: 0원

관계사제출합계: 25,500원

비씨카드 승인No: 751590

가맹점번호: 797269809

체크카드

\* 감사합니다 \*

4. '일부' 요구사항인 「국민건강보험법 시행령, 제41조제2항제5호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 제8조제2항제2호」에 따라 보험료 부과에 대한 상세 설명은 입원진료에 대하여 해당 요양기관에 문의하시는 대로 받으실 수 있습니다. \* 상환금액에 대한 「국민건강보험법, 제41조제2항제5호」에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상환의 신청시 지급됩니다.

5. '일부' 요구사항인 「국민건강보험법 시행령, 제41조제2항제5호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 제8조제2항제2호」에 따라 보험료 부과에 대한 상세 설명은 입원진료에 대하여 해당 요양기관에 문의하시는 대로 받으실 수 있습니다. \* 상환금액에 대한 「국민건강보험법, 제41조제2항제5호」에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상환의 신청시 지급됩니다.

주(註) : 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일) 진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

<b>예약증</b>	
진료예약 당일 해당진료센터(과)로 제출바랍니다	
등록번호	
환자성명	
진료과(센터)	
진료의사	
예약일자	년 월 일
예약시간	오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 시 분
* 진료예약변경 및 취소는 예약일자 1일전까지 요청하여 주시기 바랍니다.	
- 진료예약/변경/취소 1800-1114	
중앙대학교병원	

왕송님께서 가져야 할 곳	
01470221	
0	
00,000	
33,490	

<b>일반사항안내</b>	
1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 받으실 수 있습니다.	
2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제13조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비공여로 부담한 비용의 부담금 여부를 건강보험심사평가원에 (1)1644-2000, 홈페이지(www.his.or.kr) 확인 요청하실 수 있습니다.	
3. 계산서·영수증은「소득세법」제119조 제1항에 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당함) 시에 사용할 수 있습니다. (단, 지출증빙용으로 발급된 「현금영수증(지출증빙)」은 공제 신청에 사용 할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 홈페이지: http://현금영수증.gov))	

<b>약교환권</b>	
약국 전광판에 약 번호가 켜지면 교환권을 제출하시고 약을 받으시기 바랍니다.	
등록번호: 01470221	

# 입퇴원확인서

병록 번호 : 64548

연 번호 : 682

환자의 성명		성별	남	주민등록번호	
환자의 주소					
상 병 명	1. 정막 관련 림프모양조직의 림프절외 변연부 B-세포림프종[MALT-I				
질 병 분 류	C884				
진 료 내 역	입 원	입원일 : 2019년 04월 22일 - 퇴원일 : 2019년 04월 28일 입원기간 : 7일간			
비 고		용 도	보험회사 제출용		
발 병 일 자		진 단 일 자			
<p><b>위와같이 입원 치료하였음을 증명함.</b></p> <p>발 행 일 : 2019년 04월 28일</p> <p>의 료 기 관 : 서울송도병원</p> <p>주소 및 명칭 : 서울시 중구 다산로 78</p> <p>전 화 : 02-2231-0900</p>					
		FAX 번호 : 02-2234-5344			
면 허 번호 : 제 90908 호		의 사 성 명 : 원대연 (인)			



# 진 단 서

연 번호 : 2019 - 66

환자번호 : 0147

환자의 성명	■■■■	환자의 주민등록번호	■■■■■■■■■■
환자의 주소	서울특별시 동작구 상도로54길 ■■■■■■ ■■■■■■ ■■■■■■		전화번호 : 010-■■■■■■■■
병명	(주상병) 영영이의 열린상처	질명분류기호 S3100	
○ 임상적 추정	(부상병)		
● 최종 진단			
발병 연월일		진단 연월일	
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견	상기환자 상기진단으로 2019년11월27일 wound suture 시행받으신 분으로 수술후 증상 호전되어 퇴원. 추후 외래 추적관찰 예정임.		
입원·퇴원 연월일	입원일 : 2019년 11월 26일	퇴원일 :	2019년 11월 28일
용도			
비고	- 단, 타과적 문제는 배제함.		

「의료법」 제 17조 및 같은 법 시행규칙 제 9조 제1항에 따라 위와 같이 진단합니다.

의료기관 명칭 : **중앙대학교 병원**  
 주소 : 서울특별시 동작구 흑석로 102  
 연락처 : 1800-1114



2019년 11월 28일

[√]의사 [ ]치과의사 [ ]한의사 제 128805 호 성명 : 전필재

전필재 (인)

직인 또는 원본 대조필 도장이 없는 서류는 무효임.

확인자

※ 이 문서는 전자서명법에 의거 공인전자서명이 되어 있습니다.