


**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) 会说韩语的人手机号码 .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) : 2025년 03월 01일 (year/ month/ day) 发生日期 . Ngày giờ xảy ra tai nạn : 2025년 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 25    년(Year)    3    월(month)    1    일(day)    DB Insurance 귀중	
피보험자명 ( Insured. 被保险者名. 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

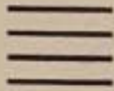
서울출입국·외국인청장  
CHIEF, SEOUL IMMIGRATION OFFICE

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)

<b>중앙대학교병원</b> YONGKANG UNIVERSITY HOSPITAL		<input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 입원   ( <input type="checkbox"/> 퇴원 <input type="checkbox"/> 중간) 진료비 계산서 · 영수증			
등록번호	01474	야간(공휴일) 진료	<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴일	사업장 번호	203-82-03581
환자성명		병실번호		사업장소재지	서울 동작구 흑석로 102
진료과(센터)	가정의학과	환자유형	일반	대표전화	1800-1114
진료의사	김정하	보조구분	정상	상호명	중앙대학교병원
진료기간	20191226	질			
항목	급여	일부분인부담		잔액	
		본인부담금	공단부담금		
기 본 항 목	진찰료				.279
	입원료	1인실			
		2·3인실			
		4인실이상			
	식대 및 영양상담				
	투약 및 조제료	행위료			
		약품비			
	주사로	행위료			
		약품비			
	마취료				
	치치 및 수술료				
	검사료				
영상진단료					
방사선치료료					
치료재료대					
재활 및 물리치료료					
정신요법료					
진술 및 혈액성분제재료					
선 택 항 목	CT진단료				270
	MRI진단료				.270
	PET진단료				
	초음파진단료				
	보철·교정료				
	증영료·기타				
	포괄수가진료비(DRG)				
계	(1)	(2)			
상한액 초과금	(6)				
요양기관종류	<input type="checkbox"/> 의원급 <input type="checkbox"/> 보건기관 <input type="checkbox"/> 병원				
현금영수증	신분확인번호	현금승인번호			
신용카드	카드종류	우리은행	카드번호	0650****	
	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     :07:09     (일시불)

---

IC승인     금 액:     0원

EDC매출표     부가세:     0원

비과세:     25,500원

관계사제출합계:     25,500원

비씨카드     승인No: 751590

가맹점번호: 797269809

---

체크카드

\* 감사합니다 \*

예 약 증	
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 의료기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.
2.	"국민건강보험법, 제48조 또는"의료급여법, 제11조의2에 따라 환자가 권의 부담한 비용과 비교하여 부담한 비용의 상당한 차이를 건강보험심사평가원에 (011-644-2000, 홈페이지: www.nra.or.kr) 확인 요청하실 수 있습니다.
3.	진단서·영수증의 소독제외,에 따른 의료비 공제신청 또는 조세특례제한법,에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 특정 경우만 해당함)에 사용할 수 있습니다. 다만, 자율결합방식으로 발급된 "현금영수증(지출영수증)"은 공제신청에 사용 할 수 없습니다. (현금영수증 문의 159-8884 (사: 한국현금영수증))

**약 교환권**

약국 전광판에 약 번호가 커지면 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	휴메덱스액사메타손포스페이트이나트륨주사	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
카드		0원
현금영수증		0원
총수납금액 (①+③)	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
	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 밀폐용기, 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	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 투영 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	
카드	0원	
현금영수증	0원	
총수납금액 (①+③)	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.

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

※ 약제비 영수증 인정 됩니다.

팜페이 가맹점명, 가맹점주소가 실체와 다른 경우  
www.phampay.co.kr accepted 02-777-1111

### [약제비영수증]

영수증번호: 20200203-00 (년월일-일련번호)  
고객성명:   
주민등록번호: -1\*\*\*\*\*  
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
플루비서방정	1.00	2	14
비)트라우말정제	1.00	2	14
스토가정10알리그렐	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, 의암빌딩)

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 \*



# 수술확인서

등록번호	22049492	
연번호	[REDACTED]	
환자성명	주민등록번호	성별 남 연령 [REDACTED]
주소	전화번호 [REDACTED]	
진단명	(주)전립선암종	한국질병 분류번호 C61
수술내역	[입원일자] : 2019-10-20 ~ 2019-10-25 > [REDACTED]	
내용	[REDACTED]	
비고	용도	보험회사제출용

상기와 같이 수술하였음을 확인함.

발행일 2019년 10월 24일

의료기관명 가톨릭대학교 서울성모병원

주소 서울 서초구 반포대로222(반포4동)

전화번호 1588-1511

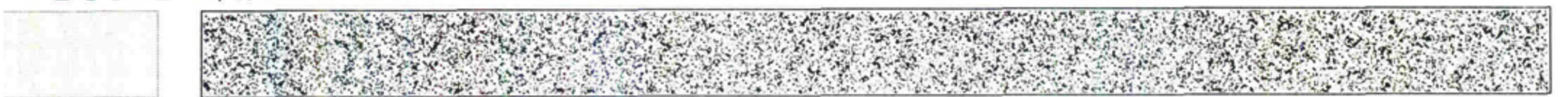
F A X 02-2258-2469

진료과 [REDACTED]

연허번호 116911

의사성명 신동호

신동호





등록번호	01470221	야간(공휴일) 진료	<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴일	사업장번호	203-82-03581
환자성명		병실번호	다정관8병동-3809	사업장소재지	서울 동작구 흑석로 102
진료과(센터)	외과	환자유형	국제진료	대표전화	1800-1114
진료의사		보조구분	스기100%	산후유증명	중앙대학교병원
진료기간	20191126-20191128	질병명		진료의사	(인)
항목	금여		진료비	잔액	비고
	일부분인부담	본인부담금			
기본항목	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					
전혈 및 혈액성분제재료					
선택항목	CT진단료				
	MRI진단료				
	PET진단료				
	초음파진단료				
보철·교정료					
증명료·기타					
「국민건강보험법」 제43조의4에 따른 요양급여					
포괄수가진료비 (DRG)					
계	①	②	③		
상한액 초과금	⑥				선택진료신청 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
요양기관종류	<input type="checkbox"/> 의원급 · 보건기관 <input type="checkbox"/> 병원급 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input checked="" type="checkbox"/> 상급종합병원				
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**  
**비과세: 25,500원**  
**관계사제출합계: 25,500원**  
**비씨카드 승인No: 751590**  
**가맹점번호: 797269809**

---

**※ 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  
**중앙대학교병원**

**왕송님께서 가져야 할 곳**

01470221

0

00,000

33,490

- 일반사항안내**
- 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 확인받을 수 있습니다.
  - 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제13조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비공제로 부담한 비용의 부담금 여부를 건강보험심사평가원에 (02-644-2000, 홈페이지: www.his.or.kr) 확인 요청하실 수 있습니다.
  - 계산서·영수증은 소득세법 제140조 제1항에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당함) 시에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증명용으로 발급된 「현금영수증(지출증명)」은 공제 신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 홈페이지: http://현금영수증.gov)

**약교환권**

약국 전광판에 약 번호가 켜지면 교환권을 제출하시고 약을 받으시기 바랍니다.

등록번호: 01470221

\* 선택진료신청 및 「국민건강보험법」 제43조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상한액 산정시 제외합니다.  
 \* 「국민건강보험법」 제43조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상한액 산정시 제외합니다.  
 \* 「국민건강보험법」 제43조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상한액 산정시 제외합니다.  
 \* 「국민건강보험법」 제43조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담금상한액 산정시 제외합니다.



# 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 : 2019 년 04 월 22 일 - 퇴원일 : 2019 년 04 월 28 일 입원기간 : 7 일간			
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 : 2019 년 04 월 28 일</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	[REDACTED]	환자의 주민등록번호	[REDACTED]
환자의 주소	서울특별시 동작구 상도로54길 [REDACTED]		
		전화번호 :	010- [REDACTED]
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

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

전필재 (인)

직인 또는 원본 대조필 도장이 없는 서류는 무효임.

확 인 자 [REDACTED]

※ 이 문서는 전자서명법에 의거 공인전자서명이 되어 있습니다.