



표적항암약물허가치료 확인서 (보험회사 제출용)

■ 인적사항

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

■ 약물치료 내용

질병명주1)	질병분류번호주2)	
발병일	진단일	
의약품 명칭(제품명)	주 성분명	
제약회사 명칭	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	최초 처방(투약)일
식품의약품안전처 '효능효과' 내 투약여부		
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	<input type="checkbox"/> 허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의회위원회의 심사결과 <input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인·심사중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용 시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견		

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.(예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)
 주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 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), 암질환심의회위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

■ 확인자 내용

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명 및 부서명	의사명	(인)
요양기관번호	면허번호	
전화번호	작성일	년 월 일

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.

