

공무상요양급여비용 긴급지원 신청서

○ 신청 내역

신청 경로	신청 일	신청자		
		성명	연락처	대상자와의 관계

○ 공상공무원 정보

성명		성별/생년월일	
연락처		상병일시	
상병경위			
상병명			
요양기관			

○ 연금담당자 정보

소속기관		연락처	
담당자		H/P	
비고			

○ 요양기관 정보

요양기관명		연락처	
담당자		H/P	
비고			

유의사항

이 신청에 따라 공단과 병원간 직접정산(본인부담금 미발생)을 한 요양급여비용의 경우에는 개인 실비보험(공무원 맞춤형 단체보험 포함) 청구에 제한이 있을 수 있습니다.

확인자(공상공무원 또는 기관 담당자)

(인 또는 서명)