

표적항암약물허가치료 확인서

환자명	생년월일	초진일	년 월 일
-----	------	-----	-------

약물치료 내용

(용도 : 보험회사 제출용)

진단명		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	
급여 적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(Off-label) 사용 시 건강보험심사평가원암질 환심의위원회 심사 결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인 · 기 승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인 · 심사 중 <input type="checkbox"/> 불 승인 (거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용 근거 및 소견			

- ※ 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.

확인자 내용

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)
요양기관번호		진료과목	면허번호
전화번호	() -	작성일	년 월 일

- ※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재 되어야 하며 이는 전문의사 확인을통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.