

건강보험 당뇨병환자 등록 신청서

* 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞 면)

① 수진자	성명	주민(외국인)등록번호	
	전화번호(자택) (휴대전화)	등록결과통보(SMS) []에 []아니오	
② 요양기관 확인란	진료과목	진단확인일	
	상병명	상병코드	
	당뇨병 구분	[] 제1형 당뇨병 [] 제2형 당뇨병 * 임신 중에 당뇨병으로 진단받은 경우는 별도 환자 등록신청 없이 지원합니다.	
	제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [] 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30µg/24hr 미만 [] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 체도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 (2) [] 인슐린 투여	
제2형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [] 8시간 이상의 공복혈당 ≥ 126mg/dL [] 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)과 임의혈당 ≥ 200mg/dL [] 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 ≥ 200mg/dL [] 당화혈색소 ≥ 6.5% (2) [] 인슐린 투여 [] 인슐린 미투여(만 19세 미만만 해당) * 만 19세 미만(등록신청서 발행일 기준)은 인슐린 투여 여부와 무관하게 등록 가능		
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함			
년 월 일			
요양기관명(기호) : () (요양기관 직인)			
담당의사 성명(면허번호) : () (서명 또는 인)			
전문과목(전문의 자격번호) : ()			

위와 같이 건강보험 당뇨병환자 등록을 신청합니다.

년 월 일
③ 신청인 (서명 또는 인)
수진자와의 관계 () 전화번호 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

- 「국민건강보험법」 제49조(요양비), 「국민건강보험법 시행령」 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제23조(요양비), 요양비의 보험급여 기준 및 방법(보건복지부 고시)
 - 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 신청인 성명, 신청인 전화번호, 수진자와의 관계, 수진자 성명, 주민(외국인)등록번호, 수진자 전화번호, 「요양기관 확인란」에 기록된 개인정보를 수집·이용할 수 있습니다.
 - 공단이 수집·이용하고 있는 개인정보는 개인정보보호법에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

제출서류	수진자와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한합니다) - 주민등록등본, 가족관계증명서 등
------	--

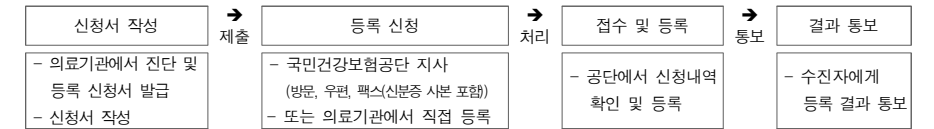
유의사항

- 제1형 당뇨병은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
- 제2형 당뇨병은 만 19세 이상(당뇨병 소모품 처방일 기준)의 경우 인슐린 미투여시 지원 대상에서 제외됩니다.

작성방법

- 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인인 경우에는 외국인등록번호(외국국적 동포인 경우에는 국내거소신고번호 포함)를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화에 있는 경우 우선적으로 기재)
 - 기재한 휴대전화번호로 등록결과 SMS 수신여부를 기재합니다.
- 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
- 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
 - 수진자(당뇨병환자)
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족 및 형제자매이거나 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

처리절차



당뇨병 소모성 재료 요양비 지원 안내

- (지원대상) 인슐린을 투여하는 모든 당뇨병환자
 - * 단, 만 19세 미만 및 임신 중인 경우는 인슐린 투여 여부와 무관하게 지원
- (지원기준) 혈당측정검사지, 채혈침(란셋), 인슐린주사기, 인슐린주사바늘(펜니들), 인슐린펌프용 주사기, 인슐린 펌프용 주사바늘에 대해 기준금액 또는 실구입가 중 낮은 금액의 90%를 지원 (차상위 본인부담경감대상자는 100% 지원)

지원대상자	기준금액		
	인슐린 투여자	인슐린 미투여자	
제1형 당뇨병환자	2,500원/일	해당사항 없음	
만 19세 미만	2,500원/일	1,300원/일	
제2형 당뇨병환자	만19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여 900원/일	해당사항 없음
		2회 투여 1,800원/일	해당사항 없음
		3회이상 투여 2,500원/일	해당사항 없음
임신 중 당뇨병환자	2,500원/일	1,300원/일	

- (지급절차)



- (청구방법) 요양비 지급청구서, 당뇨병환자 소모성 재료 처방전, 세금계산서 각 1부 공단에 제출 (방문, 우편)