



표적항암약물허가치료 확인서

1. 인적사항

환자성명		초진일자	년 월 일
주민번호			

2. 약물치료 내용

진단명 ^{주1)}	(전이된 부위를 포함하여 기재바랍니다.)		
발병일		한국표준질병분류번호 ^{주2)}	
진단일		제약회사 명칭	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
식품의약품안전처 「효능효과」내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	최초 처방(투약)일	
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(off-label)사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인·심사중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 내 사용근거 및 소견			

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다. (전이된 부위 포함)

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), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

3. 확인자 내용

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명			
진료과목		면허번호	
작성일	년 월 일	의사성명	(인/서명)

※ 당사의 확인서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기의 필수 내용이 기재되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 합니다. 또한, 병(의원)의 직인 및 서명이 누락된 경우에는 본 확인서는 유효하지 않음을 안내 드립니다.