



‘진료의뢰-회송 시범사업’ 참여 동의서

안녕하십니까. 중앙병원 진료협력센터입니다. 저희 중앙병원에서는 보건복지부에서 주관하고 있는 ‘진료의뢰-회송 시범사업’에 참여하고 있습니다. 많은 관심과 참여 부탁드립니다. 참여를 원하시는 경우 아래 내용을 작성하여 회신하여 주시면 향후 건강보험 심사평가원에서 추가로 공지가 있는 경우 시범사업 협력기관으로 등재하도록 하겠습니다. 감사합니다.

본 기관 _____ 은 의료법인 중앙병원의 진료 의뢰-회송 시범 사업 참여 협력기관으로 신청합니다.

202 년 월 일

대표자 성명: _____ (서 명)

협 력 의 료 기 관 정 보	요양기관명칭		대표자성명		
	요양기관 등록번호		사업자 등록번호		
	주소				
	대표전화번호		팩스번호		
	기타참고사항				
	진료의뢰-회송	담당자	<input type="checkbox"/> 원장 <input type="checkbox"/> 담당자 (*담당자가 지정된 경우 이하 작성 바랍니다.)		
			부서명		
성명					
직함					
전화번호 (휴대전화)					
		팩스번호			

* 회신 방법 : 팩스 064)786-7400

* 문 의 : 제주중앙병원 진료협력센터 064)786-7128

[중앙병원 협력기관 간 진료의뢰-회송 시범사업 안내문]

저희 제주중앙병원과 진료 의뢰-회송 시범사업에 참여 회신하여 주신 모든 원장님께 진심으로 감사드립니다.

1. 진료 의뢰-회송 시범사업 개요

의뢰를 담당하는 요양기관(이하 1단계 진료기관)과 회송을 담당하는 요양기관 (2단계 진료기관) 간의 구축된 협력진료체계를 활용하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실 있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 의뢰-회송에 대해 건강보험수가를 적용하는 제도입니다.

2. 대상

시범사업 기관인 종합병원과 협력 병·의원 (시범사업 참여 동의서를 작성한 의료기관)

3. 방법

가. 진료의뢰 : 1단계 진료기관에서 협력기관의 2단계 진료기관으로 요양급여 의뢰

나. 진료회송 : 2단계 진료기관에서 1단계 진료기관으로 요양급여 회송

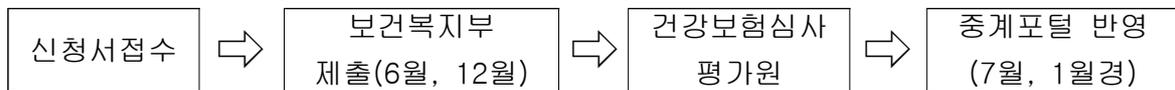
다. 대상환자 : 진료의뢰, 회송 시범사업 참여관련 개인정보공개 동의서를 작성한 건강보험 대상자 (차상위, 보훈 제외)

4. 신청방법

참여 신청서 제출(첨부 신청서 작성 후 팩스 전송)

5. 진행 절차

진료의뢰-회송 시범사업 지침에 따름



6. 문의처

중앙병원 진료협력센터 064)786-7128, 팩스 064)786-7400



의료법인 중앙의료재단 중앙병원