

【별첨 1】

사고증명서 (보험회사 제출용)

인적사항			
환자의 성명		주민등록번호	

질병사항			
암 진 단	질병명 ^{주1)}		질병분류번호 ^{주2)}
	병기분류방법 ^{주3)}		발병일
	병기 ^{주4)}		진단일

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.
(예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

주3) 병기분류방법의 경우 가능한 TNM병기분류를 원칙으로 기재바랍니다. TNM병기분류가 불가능한 경우 FIGO 및 Astler-coller, Jewett분류방식 등 병기분류시 적용한 병기분류방법을 작성해 주시기 바랍니다.

주4) TNM병기분류의 경우 종합병기 이외에 TNM병기도 같이 명시 바랍니다.

병기진단 근거 ^{주5)}	

주5) 병기진단함에 있어 근거가 되는 자료 등을 기입바랍니다.

종합의견 ^{주6)}	

주6) 병기진단에 대한 의사의 의견을 기입바랍니다.

의료기관명 및 부서명		면허번호	
의사명		서명 또는 인	(인)

※ 의료기관(직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 사고증명서는 무효입니다.

※ 본 사고증명서의 상기내용이 기재된 경우 의료법 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조 제1항에 따른 「진단서」로 본 사고증명서를 대신할 수 있습니다.

【별첨 2】

표적항암약물허가치료(특정항암호르몬약물허가치료) 확인서 (보험회사 제출용)

약제구분	<input type="checkbox"/> 표적항암치료제	<input type="checkbox"/> 항암호르몬치료제	<input type="checkbox"/> 기타
------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

인적사항					
환자의 성명		주민등록번호		초진일	년 월 일

약물치료 내용			
질병명 주1)		질병분류번호 주2)	
발병일		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	
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) 이내 사용근거 및 소견			

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다. (예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

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.

항암호르몬치료 관련 추가 기재사항			
상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제/ 진행 속도 감소	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)
	호르몬 차단 / 호르몬 양 감소 효과	<input type="checkbox"/> 해당(Yes)	<input type="checkbox"/> 미해당(No)

확인자 내용			
상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.			
의료기관명 및 부서명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호	() -	작성일	년 월 일

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

※ 의료기관(직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 확인서는 무효입니다.