



항암약물허가치료비 확인서 (보험회사 제출용)

(표적/특정항암호르몬/특정면역 CAR-T)

■ 인적사항

환자 성명		주민등록번호		초진일자	
-------	--	--------	--	------	--

■ 약물치료 내용

질병명 ^{주1)}				
의약품 명칭 (제품명)		주 성분명		
제약회사 명칭				
식품의약품안전처의 「효능효과」 내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내 (On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외 (Off-label)	급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	
최초 처방(투약)일자				

주 1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.
(예: 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

※ 허가범위 외(Off-label) 사용 또는 비급여약제 사용 시 아래 '추가 기재사항'에 기재하여 주세요.

■ 추가 기재사항

허가범위 외(Off-label) 사용시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인-기승인 <input type="checkbox"/> 사후 승인-심사중 <input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견	

■ 의사 확인

상기와 같이 처방(투약)하였음을 확인합니다.

의료기관명			면허번호		
작성일자	년	월	일	의사명	(인)

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 양식으로 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재되어야 하며 이는 전문의사의 확인을 통해 작성되어야 합니다.