



표적항암약물허가치료 확인서

AIA 생명

환자명		주민번호		초진일	년 월 일
-----	--	------	--	-----	-------

■ 약물치료 내용			
진단명		진단일	
의약품 명칭(제품명)		주성분명	
제약회사 명칭			
식품의약품안전처 '효능효과'내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	최초 처방(투약)일	
급여적용여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(Off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사 결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인
			<input type="checkbox"/> 사후 승인·심사 중
			<input type="checkbox"/> 불 승인(거절)
비급여 약제 사용 시 허가사항(효능효과)이내 사용근거 및 소견			

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.
 ※ "사후승인·심사 중"에 청구되는 경우(심사결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인절차에 따라 '승인'통보 이후 보
 험금 청구 접수(심사)가 가능합니다.

■ 확인자 내용			
상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.			
의료기관명	(직인)	의사성명	(인)
요양기관번호		진료과목	면허번호
전화번호		작성일	년 월 일

※ 당사 보험금 청구서 양식외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재되어야 하며 이는 전문의
 사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.