한국의료지원재단
Korea Medical Assistance Foundation

트루바다 약제 지원 신청서

접수번호: ❒최초 ❒1차 ❒2차 ❒3차 ❒4차 ❒최종

지원 대상자 인적사항	성명			생년월일		
	주소	※약식으로 적어주십시오.				
의료기관 담당자	의료기관명		주치의		해당 진료과 연락처	
	진료·검사비 환급 병원 계좌번호	은행명( ) 계좌번호:				
검사 관련 사항	검사일자		검사결과	※ 해당시 기입		
	약제 복용 시작일	____차 : ____년 ____월 ____일 ※ 해당시 기입				

차수별 지원 내용 및 첨부 서류

	지원 내용	첨부 서류
❒최초	최초 상담 및 진료비 최초(screening) 검사비	지원신청서(최초) ☐ 개인정보 활용 동의서 ☐ 진료비 세부내역서
❒1차	상담 및 진료비	☐ 지원신청서(1차) ☐ 진단검사 결과지(최초screening) ☐ 진료비 세부내역서
❒2차	상담 및 진료비 1차 검사비	☐ 지원신청서(2차) ☐ 진단검사 결과지(1차) ☐ 진료비 세부내역서
❒3차	상담 및 진료비 2차 검사비	☐ 지원신청서(3차) ☐ 진단검사 결과지(2차) ☐ 진료비 세부내역서
❒4차	상담 및 진료비 3차 검사비	☐ 지원신청서(4차) ☐ 진단검사 결과지(3차) ☐ 진료비 세부내역서
❒최종	상담 및 진료비 4차 검사비	☐ 지원신청서(최종) ☐ 진단검사 결과지(4차) ☐ 진료비 세부내역서

<신청서 작성 및 제출요령>

1) 본 신청서는 '등기우편' 또는 '메일'로 보내주시기 바랍니다.

*등기우편 발송 주소 : 서울특별시 중구 남대문로 10길 9(삼각동 115) 경기빌딩 12층 1201호
한국의료지원재단 (우: 04540) '트루바다 약제 지원 사업' 담당자 앞

* E- mail : abientot33@naver.com, jbr0203@naver.com / TEL : 02)2090-9745, 02-2090-9743

2) 신청서에 작성한 내용이 사실과 다르거나 서류가 미비된 경우에는 지원이 취소될 수 있습니다.

상기 신청사항은 사실과 틀림없으며, 트루바다 약제 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청자(주치의) : (서명 또는 인)

한국의료지원재단 이사장 귀하