

- 관련서식

1. 검진기관 현황 등 변경신고서
2. 검진기관 지정취소 요청서
3. 검진비용 환수 기준

[별지 제2호의2서식] <개정 2019. 9. 27.>

## 검진기관 현황 등 변경신고서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호	접수일자	처리기간	15일
------	------	------	-----

### 1. 검진기관 정보 변경사항

검진기관명	변경 전	(검진기관 기호 : )
	변경 후	(검진기관 기호 : )
개설자 (대표자)	변경 전	(생년월일 : )
	변경 후	(생년월일 : )
소재지	변경 전	(전화 : ) □□□-□□□(팩스 : )
	변경 후	(전화 : ) □□□-□□□(팩스 : )

※ "개설자(대표자)"란의 대표자는 법인의 대표자만 해당합니다.

### 2. 검진인력 변경사항

변경 사유	구분	성명	주민등록번호	면허증(자격증)		변경일
				종별	번호	
제외						년 월 일
신규						입사일 : 년 월 일 담당일 : 년 월 일

※ "구분"란에는 의사, 치과 의사, 간호사, 간호조무사, 임상병리사, 방사선사로 구분하여 적습니다.

### 3. 검진시설 변경사항

진찰실	검진대기실	탈의실	진단의학검사실	방사선촬영실
m <sup>2</sup>				

※ 변경 후 면적을 적습니다.

### 4. 검진장비 및 암검진장비 변경사항

변경 사유	장비명	수량	모델명	제조번호 (방사선장비)	제조 국명	구입 년도	제조 년도	변경일	비고 (차량탑재 시 차량번호 기재)
제외								년 월 일	
신규								년 월 일	

### 5. 출장검진 차량 변경사항

변경 사유	자동차등 등록번호	최초등록일 (연월일)	차종	용도	차명	연식	차대번호
		소유자 성명 (명칭)	소유자 주민(사업자)등록번호		소유자 주소(소재지)		검사유효기간 (연월일 ~ 연월일)
제외							
신규							

210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

6. 검체검사 위탁 및 장비 공동이용 변경사항(변경 후)

<input type="checkbox"/> 검체검사 위탁	수탁기관명 (요양기관기호)	( )	위탁항목 (아래의 위탁항 목 번호 기재)	( , , )
		( )		( , , )

※검체검사 위탁 항목(해당 항목에 "O" 표기)

1. 혈색소( ), 공복혈당( ), 총콜레스테롤( ), HDL콜레스테롤( ), 트리글리세라이드( ), AST(SGOT)( ), ALT(SGPT)( ), 감마지티피( $\gamma$ -GTP)( ), 혈청 크레아티닌 검사( )
2. B형 간염표면항원( ), B형 간염표면항체( ), C형 간염항체 검사( )
3. 병리위조직검사( )
4. 혈청알파태아단백검사(간암) ( )
5. 대변잠혈반응검사( ), 병리대장조직검사( )
6. 자궁경부세포검사( )
7. 그 외 검체검사 위탁( ) ← 위탁 검사내용 기술

<input type="checkbox"/> 장비 공동 이용	의료기관명 (요양기관 기호)	( )	대표자 성명	
		( )		

7. 공휴일 검진 변경사항(실시주기에 "O"로 표기)

실시 구분	공휴일 검진실시(변경 후)								
	일반( )	영유아( )	구강( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁 경부암( )	폐암( )
일요일	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )
	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )
	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )
	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )
	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )
	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )
일요일 이외	일반( )	영유아( )	구강( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁 경부암( )	폐암( )

※ 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일을 의미합니다.

8. 행정업무 담당(검진예약, 접수, 청구 등) 변경사항(변경 후)

담당 부서		전화번호	
행정책임자 성명		담당자 성명	

9. 그 밖의 변경사항(실시주기 외 "O/X"로 표기)

항 목	종전	변경	항 목	종전	변경
임상정도관리협회 가입 여부			근무시간 이전 검진		
내부정도관리 실시 여부			자체 검진기관(자체 사업장만 검진)		
내부정도관리 실시 주기	일	일	운전면허 적성검사 실시 여부		
자체 청구프로그램 사용기관					

「건강검진기본법 시행규칙」 제5조제5항에 따라 검진 인력·시설·장비 현황 등의 변경사항을 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

검진기관장(인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신고인 제출서류	1. 검진인력 자격과 채용관계 증명서류 1부 2. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서, 방사선 방어시설 검사성적서, 진단용 방사선 발생장치 신고증명서, 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 3. 유방촬영용장치 또는 전산화단층촬영장치(CT)에 대한 특수의료장비 등록증명서 및 특수의료장비 품질관리 검사성적서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 4. 교육수료증(영유아검진기관, 일반검진기관 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 건강검진을 실시하는 기관, 구강검진기관 또는 폐암검진기관의 지정을 신청하는 경우에만 제출합니다) 5. 「어르신전문금융업법」에 따른 시설대여업자와 체결한 자동차 시설대여 계약서 사본 및 자동차등록증 사본 각 1부(자동차를 대여하여출장검진기관의 지정을 신청하는 경우만 제출합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인 사항	자동차등록증(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 소유한 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. \* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)

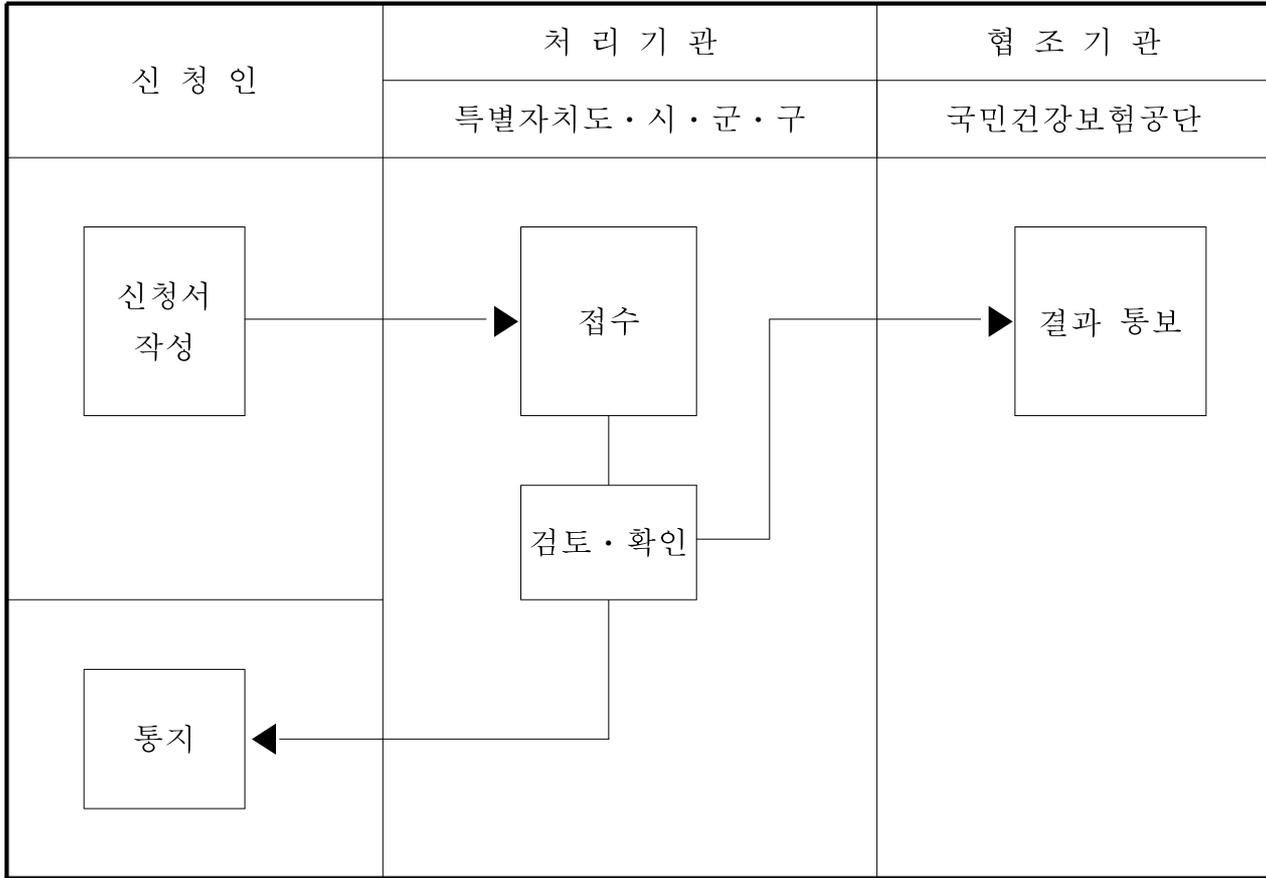
처리절차





이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒤쪽)



## 검진비용 환수 기준

구 분	위 반 행 위	환 수 금 액
가. 일부항목 미실시	○ 검사항목 중 일부항목을 실시하지 않은 경우 - 흉부방사선 촬영결과 사진 불량인 경우 포함	해당항목 검진비용
나. 기준항목 미달실시	○ 1~2항목만 실시하여 도저히 건강검진을 실시한 것으로 볼 수 없는 경우	해당 수검자 검진비용
다. 교육 미이수 의사 검진실시	○ 영유아건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 영유아 검진을 실시한 경우 ○ 일반건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 일반 건강검진, 의료급여생애전환기검진을 실시한 경우 ○ 구강검진 의사교육을 이수하지 않은 치과 의사가 구강검진을 실시한 경우	해당 수검자 검진비용  해당항목 검진비용  해당 수검자 검진비용
라. 검사방법 미준수	○ 흉부방사선 촬영을 해당과 전문의가 판독하지 않은 경우	해당항목 검진비용의 1/2
마. 기타	○ 의사가 해외체류기간 중 검진을 실시하고, 판정한 경우 ○ 입력 착오, 이중 청구 등 검진비 청구과정에서 오류가 발생한 경우 ○ 출장검진 시 원심분리기를 미 구비한 경우 ○ 검사 미필 장비(방사선)를 사용하여 검사를 실시한 경우	해당 수검자 검진비용 해당항목 차액비용  해당항목 검진비용 "