

## 산재보험 진료비등 전자문서청구 신청서

### 1. 요양기관(약국) 현황

요양기관(약국) 명칭				산 재 지 정 코 드 (약국등록번호)
대표자 성명				법인등록번호
대표자 주소		우편번호		전화번호
요양기관(약국) 주소		우편번호		전화번호

### 2. S/W 및 전자문서중계자등 관련사항

S/W 개발	자 체( ) 공급업체( )	전자문서중계자	K T
S/W 명칭		수 발신인 식별자 (전자문서중계자가 부여)	
VERSION		전자문서인증키값 (청구기관이 숫자 10자리로 부여)	( )99
S/W 설치일		인 감 대 체 기 호 (청구기관이 영문,숫자 혼용 8-14자리로 부여)	( )99SIGN
S/W공급업체 상호		TR/UI VERSION	
S/W공급업체 전화번호		기 타	
EDI 청구 희망진료년월		EDI시험대상자료 전송예정일	

산업재해보상보험 진료비등의 청구등에 관한 전자문서 처리기준 제8조 제1항에 의거 전자문서 교환방식으로 진료비등을 청구하기 위해 신청합니다.

- 첨 부 : 1. 전자문서교환 서비스 이용통보서(전자문서중계자 발행) 사본 1부  
 2. 시험용 자료(1개월 진료분, 별도전송)

년      월      일

신청인 기관명 :

대 표 자 명 : \_\_\_\_\_ (인)

## 근로복지공단 이사장 귀하