별첨2 **자율점검 결과서**

자 율 점 검 결 과 서

(앞 면)

①○ 요양(의료급여)기관 명칭(기호):

②○ 소재지: (TEL :)

③○ 대표자 성명:

○ 면허번호:

○ 점검 결과

상기 본인은 자율점검 항목에 관한 요양급여비용 청구 상세내역을 바탕으로 (일회용 부항컵 구입 · 청구 불일치)에 대하여 자체점검을 실시한 결과 아래와 같은 사실이 있음을 확인하고 이에 대해 제출합니다.

④ **<뒷면 참고>**

1. 대상기간: 년 월 ~ 년 월 (개월)
2. 점검결과: □ 정당 □ 착오청구
3. 자율점검 사항 (착오청구 유형 중심 기재)
4. 착오유형: **(중복체크 가능)**

순번	착오청구 유형	확인
1	실제 사용량 보다 증량청구	□
2	다회용 부항컵 사용 후 일회용 부항컵으로 청구	□
3	기타 착오 유형:	□

5. 위 사실을 바탕으로 착오청구 된 요양급여비용의 환수에 [동의] 합니다.

⑤ **년 월 일**

⑥ **대표자(개설자) (인)**

건강보험심사평가원장 귀하

⑦ 제출 서류	1. 부당 청구 여부 및 소명에 관한 서류 2. 부당 청구한 요양급여비용의 환수에 동의한다는 서류

작성방법

①	자율점검자(대표자)가 속한 요양(의료급여)기관의 명칭 및 기호를 적습니다.
②	자율점검자(대표자)가 속한 요양(의료급여)기관의 주소와 전화번호를 적습니다.
③	자율점검자(대표자)의 이름과 면허번호를 적습니다.
④	**※ 점검내용은 실제 조제한 내용을 면밀히 검토한 후 사실에 근거하여 정확하게 작성하되 아래와 같은 내용을 반드시 포함하여 기재** **(예시)** - 아 래 - 1. 대상기간 : 2020 년 7 월 ~ 2023 년 6 월 (36 개월) **※ 통보대상 기간 6개월 포함하여 36개월 범위 내 점검 기간 전체 기재** 2. 점검결과: ☐ 정당 ☑ 착오청구 3. 자율점검 사항 (착오청구 유형 중심 기재) **※ 개별 수진자가 아닌 전반적인 진료 경향 및 구입청구 불일치 사유 등을 기술하여 주시기 바랍니다.** 4. 착오유형: **(중복체크 가능)**

순번	착오청구 유형	확인
1	실제 사용량 보다 증량청구	☑
2	다회용 부항컵 사용 후 일회용 부항컵으로 청구	☑
3	기타 착오 유형:	☐

5. 위 사실을 바탕으로 착오청구 된 요양급여 비용 환수에 [**동의**] 합니다.
※ 괄호 안에 자율점검 사항에 따른 착오청구 금액 환수 동의여부를 작성해주세요.

⑤	자율점검 결과를 작성한 일자 기재
⑥	대표자의 성명 기재 및 직인 날인 **※ 공동 대표자일 경우 대표자 전체 성명 기재 및 날인 필요**
⑦	1. 진료기록부 등 점검 결과를 입증하는 서류 제출 **※ 자율점검제 통보 안내문의 제출서류 참조** 2. ④-5에 동의여부 기재 시 별도서류 제출 불필요