

# 항암약물허가치료확인서

(표적/특정호르몬/특정면역) (보험회사 제출용)

## 1. 인적사항

환자 성명	주민등록번호
-------	--------

## 2. 약물치료 내용(필수기재)

질병명 <sup>주1)</sup>			
의약품 명칭(제품명)			
식품의약품안전처 「효능효과」내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.

※ 허가범위 외(off-label) 사용 또는 비급여 약제 사용시 아래 '3. 추가 기재사항' 에 내용 기재 바랍니다.

## 3. 추가 기재사항

허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인	<input type="checkbox"/> 사후 승인·심사중	<input type="checkbox"/> 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견			

## 4. 의사확인

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명	
진료과명	
면허번호	

20    년    월    일    의 사 \_\_\_\_\_(인/서명)