

고
로
로

구분	성명	주민번호 (사업자등록번호)	위임기간
위임인 (환자)			
수임인(약국)			점수일로부터 3년

지원대상자		기준금액		
		인술린투여자	인술린 미투여자	
제1형 당뇨병환자			2,500원/일	해당사항 없음
	만19세 미만	2,500원/일	1,300원/일	
		1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	
제2형 당뇨병환자	만19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	3회 이상투여	2,500원/일	
임신 중 당뇨병환자		2,500원/일	1,300원/일	

【구비서류】 *공통사항:요양비지급청구서, 처방전, 거래명세표*

①환자 접수시 : 전액 신용카드영수증 or 현금영수증

②약국 접수시 : 10% 신용카드(현금)영수증+90% 세금계산서(수기가능)

고
로
로

No.	제품코드	품명	규격	수량		단가	금액	합계
				수량	금액			
1	DMS0112000021	노코딩원 검사지						
2	DMS0412000273	닥터파인 펜니들						
3	DMS0412000254	마이썬 펜니들						
4	DMS0212000259	대일란셋						
5	DMS0112000136	매일젠 검사지						

하

공급자										공급받는 자										비고																			
등록번호					상호					사업장소					사업태					등록번호					상호					사업장소					사업태				
연월일					품목/규격					단위					수량					단가					공급가액					세액					비고				
합계					금액					수표					어음					외상미수금					영수증					합									