

SSBCI 자격 요청 양식

회원 이름(First Name):		회원 성(Last Name):
회원 ID:	생년월일:	플랜 이름(회원 ID 카드 참고):

본인은 아래 질환 중 하나에 해당함을 확인합니다:

☐ 상자에 체크 표시하십시오

- **자가면역장애**
 - 결절성 다발동맥염
 - 건선성 관절염
 - 류마티스성 다발성 근육통
 - 피부근염
 - 피부경화증
 - 다발성 근염
 - 류마티스성 관절염
 - 전신 홍반성 루푸스
- **암(전암 상태나 제자리암은 해당하지 않음)**
- **심혈관 질환**
 - 심장 부정맥
 - 관상동맥 질환
 - 말초 혈관 질환
 - 만성 정맥성 혈전색전증
- **만성 알코올 또는 약물 의존증**
- **만성 및 장애적 정신 건강 질환**
 - 양극성 장애
 - 중증 우울 장애
 - 편집성 장애
 - 정신분열증
 - 조현정동장애
- **만성 위장관 질환**
 - B형 간염
 - C형 간염
 - 췌장염
 - 염증성 장질환
 - 비알코올성 지방간 질환
- **만성 심부전**
- **만성 신장 질환**
 - 투석 치료 중인 경우에만 해당
- **만성 폐 질환**
 - 천식
 - 만성 기관지염
 - 폐기종
 - 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)
- **인지 기능 저하 관련 질환**
 - 치매
 - 알츠하이머병
- **당뇨병**
- **면역 결핍 및 면역 억제 질환**
 - HIV(인체면역결핍 바이러스)
- **신경학적 질환**
 - 근위축성 측삭경화증(ALS)
 - 섬유근육통
 - 만성 피로 증후군
 - 척수 손상
 - 뇌전증
 - 뇌성마비
 - 광범위한 신체 마비(예: 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단일마비)
 - 헌팅턴병
 - 다발성 경화증
 - 파킨슨병
 - 다발성 신경병증
 - 척추 협착증
 - 뇌졸중 관련 신경 기능 저하
- **장기 이식 후 관리**
- **중증 혈액 질환**
 - 재생불량성 빈혈
 - 혈우병
 - 면역성 혈소판 감소성 자반증
 - 골수형성이상증후군
 - 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 형질 제외)
 - 만성 정맥성 혈전색전증
- **뇌졸중**

☐ 귀하께서 수혜자 본인이거나 권한을 위임받은 대리인인 경우, 위 요청을 확인하려면 이 상자에 체크 표시하십시오.

귀하께서 위임받은 대리인인 경우, 아래 정보를 기재해 주십시오:

성함:

전화번호:

주소:

표준 승인 요청은 달력일 기준 최대 14일이 소요될 수 있습니다. 해당 요청의 신속 처리를 원하시는 경우, 담당 의사에게 해당 양식의 작성을 요청하고 팩스로 당사에 송부해 주십시오: 의사 확인 양식