

처방전 대리수령 신청서

대리 수령자	성명	연락처
	생년월일	환자와의 관계
	주소	

환자	성명	연락처
	생년월일	
	주소	

대리 수령 사유	<p>※ 두 가지 사유 중 하나에 체크(✓)</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 의식이 없는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 거동이 현저히 곤란하고, 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우 (신체적 거동이 현저히 곤란, 교정시설 수용, 군복무, 정신질환 등)</p>
----------------	--

■ 「의료법」 제17조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제11조의2제1항에 따라 위와 같이 처방전 대리 수령을 신청합니다.

년 월 일

환자 (자필서명)

처방전 수령인 (자필서명)

유의사항

※ 대리처방 여부는 의학적 판단에 따른 의료인 재량으로 불가 할 수 있습니다.

- 환자 또는 대리수령자가 아닌 사람이 처방전을 수령하는 등 「의료법」 제17조의2제2항을 위반하여 처방전을 수령하는 경우 같은 법 제90조에 따라 500만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.
- 신청인은 다음 각 목의 서류를 함께 제시해야 합니다.
 - 대리수령자의 신분증 또는 그 사본
 - 환자와의 관계를 증명할 수 있는 다음의 구분에 따른 서류
 - 환자의 직계존속·비속, 직계비속의 배우자, 배우자, 배우자의 직계존속, 형제자매: 가족관계증명서, 주민등록표 등본 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류
 - 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람: 노인의료복지시설에서 발급한 재직증명서
 - 「장애인복지법」 제58조에 따른 장애인 거주시설에서 근무하는 사람: 장애인 거주시설에서 발급한 재직증명서
 - 환자의 신분증 또는 그 사본. 다만, 「주민등록법」 제24조제1항에 따른 주민등록증이 발급되지 않은 만 17세 미만의 환자는 제외합니다.