

대리수령자	성명		전화번호	
	생년월일		전자우편	
	환자와의관계			
	주소			

환자	성명		전화번호	
	생년월일		전자우편	
	주소			

대리수령이유				
--------	--	--	--	--

「의료법」 제17조의 2제 2항 및 같은 법 시행규칙 제11조의 2제 1항에 따라
위와 같이 처방전 대리수령을 신청합니다.

20 년 월 일

환자 또는 대리수령자

(서명 또는 인)

유의사항

- 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 친족 관계임을 확인할 수 있는 서류
 - 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람: 노인의료복지시설에서 발급한 재직증명서
 - 「장애인복지법」 제58조제1항제1호의 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.