처방전 대리수령 신청서

대리 수령자	성명	연락처
	생년월일	환자와의 관계
	주소	
환자	성명	연락처
	생년월일	
	주소	
대리 수령 사유		

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

년 월 일

환자 또는 대리수령자 (자필서명)

유 의 사 항

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