

# 난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조 제17조 제18조 제23조 제24조 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공하는 기관 및 사업: 보건복지부, 전국 보건소(사)도사업과 포함, 사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
  - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
  - 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- 난임부부: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용(시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 출생아의 출생성장 관련 현황 등
  - 난임부부를 제외한 가족: 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- 보건복지부 전국 보건소(사)도사업과 포함에서 대상자 선정 관리를 위한 개인정보 수집 활용시: 영구
- ☐ 개인정보 조화열람 활용 동의내용
- 주민등록등(초)본 조화열람세대원 수, 출생여부 확인
  - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
  - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
  - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 “시술비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20            년            월            일

동의자 성명	관계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※관계표시 방법: 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모

※건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.