

암환자 의료비 등록 신청서

신청구분	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자[소아] <input type="checkbox"/> 의료급여수급자[소아] <input type="checkbox"/> 건강보험가입자[성인] <input type="checkbox"/> 의료급여수급자[성인] <input type="checkbox"/> 폐암환자[성인] (기지원자 : <input type="checkbox"/> 정액금 <input type="checkbox"/> 실비)				
등록 대상자	성명			주민등록번호	
	주소				
	전화번호			휴대폰번호	
	지급계좌	금융기관: 예금주: 계좌번호:			
	이메일주소			가구원수 (환자 포함)	명
	암 관련 정보 수신 여부	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 동의하지않음		만족도 조사 참여 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
신청인 (보호자 등)	성명			주민등록번호	
	관계			전화번호	
진단정보	상병명			상병코드	
	진단기관			최초진단일	
	전화번호			소재지	
의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 ([<input type="checkbox"/> 1종/ <input type="checkbox"/> 2종/ <input type="checkbox"/> 특례종/ <input type="checkbox"/> 차상위 본인부담금 경감대상자)				
후원여부	국가지원금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (기관: , 금액:)			
	<input type="checkbox"/> 재난적의료비지원사업 <input type="checkbox"/> 긴급지원사업 <input type="checkbox"/> 장애인복지지원사업 <input type="checkbox"/> 보호지원 <input type="checkbox"/> 희귀질환자의료비지원사업 <input type="checkbox"/> 석면피해구제급여 <input type="checkbox"/> 산재보상서비스 <input type="checkbox"/> 기타				
	개안·단체 후원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (내용: , 금액:)			
	공단 환급금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (진료기간: , 금액:)			
대상자 적합 여부 통보방법		<input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자메시지(SMS) <input type="checkbox"/> 이메일(e-mail) <input type="checkbox"/> 서면			

위와 같이 암환자 의료비 지원대상자로 등록 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

신청인과의 관계 :

(대리신청의 경우)

인천광역시서구보건소장 귀하

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서(환자용)

(앞 쪽)

성명		주민등록번호	-
주소		연락처	

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 국립암센터, 시·도 및 시·군·구 보건소, 암환자의료비지원사업

2. 개인정보화일(DB)수집의 목적

- 보건복지부 암환자의료비지원사업 대상자 선정 및 관리 (동 사업을 신청한 대상자의 관할 시·도 및 시·군·구 보건소에서 대상자 선정 및 관리를 위한 개인정보 수집·이용관리)
- 동 사업과 관련되어 국민건강보험공단으로부터 검진정보, 급여내역, 건강보험정보, 재난적의료비지원 여부 등의 자료를 제공받을 때 활용
- 사회보장정보시스템을 통한 타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 자료를 제공받을 때 활용
- 사회보장정보시스템을 통한 소득재산 조사 시 자료를 제공받을 때 활용
- 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
- 암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용
- 암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용

3. 개인정보 수집 항목

- 의료비지원 대상자의 정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 계좌번호, 상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융 정보(소아암환자에 한함), 보장변동정보, 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) 주민등록등본, 인적변동사항, 개인전출입)
- 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력 등 유사서비스 중복수혜이력

4. 개인정보 보유 및 이용 기간: 사업 종료 시

5. 개인정보의 수집·이용 동의 여부

- 개인정보 수집·이용을 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상지에서 제외될 수 있습니다.

본인은 개인정보보호법 제15조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>개인정보</u> ¹⁾ 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>민감정보</u> ²⁾ 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>고유식별정보</u> ³⁾ 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음

※ 주민등록번호는 암관리법 제13조 및 암관리법 시행령 제10조의3, 사회복지사업법 시행령 제 25조의2에 의해 수집하고 있습니다.

- 1) 개인정보보호법 제2조에 의한 "개인정보"란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함)을 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 계좌번호, 인적변동사항, 개인전출입)
- 2) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 건강 등에 관한 정보(상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융정보, 보장변동정보, 장애인 등록정보, 주민등록등본, 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)
- 3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조제3항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조제4항에 따른 외국인등록번호 등

6. 제3자에게 제공 및 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간

- 제3자에게 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

(필수 동의)

개인정보를 제공받는 자	이용목적	제공항목	보유 및 이용기간
사회보장정보시스템	타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 확인	성명, 주소, 주민등록번호, 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	영구
	소아암환자 가구의 소득·재산에 관한 공적자료 조회	성명, 주소, 주민등록번호	퇴록 후 5년
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	퇴록 후 3년
행정정보공동이용	주민등록등본, 건강보험증 등 확인	성명, 주민등록번호	4년
보건복지부 국가암정보센터	암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공	성명, 전화번호, 휴대폰번호, 상병명	서비스제공 종료시까지
암환자 대상 타 지원사업 수행기관	타 법규에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스와의 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	서비스 제공 종료시까지

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

(선택 동의)

사업 만족도 조사를 위한 수행기관	암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책연구개발	성명, 지역, 전화번호, 휴대폰번호	만족도조사 종료시까지
-----------------------	------------------------------	------------------------	----------------

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 사업 만족도 조사를 위해 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

※ 만족도 조사를 위한 개인정보의 제 3자 제공은 선택사항이므로, 동의하지 않아도 암환자의료비지원에 불이익이 없습니다.

7. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 개인정보보호법 시행령 제17조에 의거하여 동법 제22조5항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
법정대리인 연락처		※ 환자가 미성년자인 경우 작성	

8. 개인정보 취급자의 연락처

환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료비지원사업 업무담당자

9. 개인정보 열람요구 및 절차

보건소 암환자의료비지원사업 담당자에게 연락하시기 바랍니다.

암환자의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 이용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다. 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조화에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

년 월 일

동의인 :

(서명 또는 인)

인천광역시서구청장(보건소장) 귀하

암환자 의료비 지원 신청서(환자용)

신청구분	[] 건강보험가입자[소아] [] 의료급여수급자[소아]					
	[] 건강보험가입자[성인] [] 의료급여수급자[성인]					
	[] 폐암환자[성인] (기지원자 : [] 정액금 [] 실비)					
지원 대상자	성명			주민등록번호		
	주소					
	상병명			상병코드		
	지급계좌번호			은행/예금주		
	의료보장	[] 건강보험가입자 [] 의료급여수급자 ([] 1종 / [] 2종 / [] 특례 종 / [] 차상위 본인부담금 경감대상자)				
신청인	성명			관계		
	전화번호					
후원 여부	국가 지원금	[] 없음 [] 있음 (기관: , 금액:)				
	[] 재난의료비지원사업 [] 긴급지원사업 [] 장애인복지지원사업 [] 보훈지원 [] 희귀질환자의료비지원사업 [] 석면피해구제급여 [] 산재보상서비스 [] 기타					
	공단환급금	[] 없음 [] 있음 (진료기간: , 금액:)				
	개인·단체후원	[] 없음 [] 있음 (내용: , 금액:)				
※ 지원 신청내역						
금회 신청건수	년	총 () 건				
	년	총 () 건				
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계 본인일부부담금(A) 보험자부담금(B)		비급여 부담금(C)	
	원	원	원	원	원	
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금	원	
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계 본인일부부담금(A) 보험자부담금(B)		비급여 부담금(C)	
	원	원	원	원	원	
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금	원	
※ 총 지원현황						
구분	지급한도액	기지급액	금회 지급 결정액			예상잔액
			계	본인 일부부담금	비급여 본인부담금	
년	원	원	원	원	원	원
년	원	원	원	원	원	원
년	원	원	원	원	원	원

위와 같이 암환자 의료비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

인천광역시보건소장 귀하