

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				
	개인단체 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

환수조치 시 안내

타 국가 의료비 지원을 받거나, 거짓, 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 및 관련 법률에 의해 처벌받을 수 있습니다.

환급·환수에 대한 안내 여부 ☐ 예 ☐ 아니오
환수조치 시 동의 동의자 : (서명)

향후 보건소장 등록신청 동의 안내

동의 시 향후 지원가능기간 동안 본인 혹은 보호자가 아닌 관할 보건소장이 암환자의료지원사업의 등록신청을 합니다. 단, 대상자의 정보가 변경되는 경우 본인 혹은 보호자가 직접 등록신청을 해야합니다.

보건소장 등록신청 동의 여부 ☐ 예 ☐ 아니오

제출서류

신청자 제출 서류	1. 등록신청서 2. 진단서 (진단일자, 진단명 명시) 3. 개인정보 이용제공동의서 (환자용 1부, 보호자/가구원용 1부) 4. 금융정보 등 제공 동의서 5. 소득재산조사 관련 서류 (건강보험가입자[소아]에 해당) - 소득재산 정보제공 동의서 - 소득재산부채 관련 서류
해당자 제출	1. 전문의 소견서 2. 암 검진 결과 통보서 (건강보험가입자[성인]) 3. 외국인 등록사실증명서 4. 가족관계등록부 증명서
보건소 담당자 확인 사항	1. 건강보험증 또는 의료급여사본 2. 건강보험료 납부확인서 (건강보험가입자[성인]) 3. 주민등록등(초)본

행정정보 공동이용 사전 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 보건소 담당자 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 아니하는 경우에는 민원인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

민원인 (서명 또는 인)

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서 (가구원/보호자용)

(앞 쪽)

환자 성명		동의자 성명	
환자와의 관계		동의자 연락처	

1. 동의자 : 지원대상자의 보호자 또는 지원대상자 중 소득·재산 조사 실시 대상 소아 암환자의 가구원

동의자 성명	주민등록번호	주소	동의확인 (서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)

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

3. 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·이용·관리)
- 사회보장정보시스템을 통한 소득·재산 조사 시 자료를 제공받을 때 활용
- 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
- 암환자의료비지원사업 정책에 필요한 경우 활용
- 암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용

4. 개인정보 수집 항목

- 의료비지원 대상자의 환자 가구원 또는 보호자의 정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융 정보(소아암환자에 한함))

5. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 사업 종료 시

6. 개인정보의 수집·이용 동의 여부

- 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

본인은 개인정보보호법 제15조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>개인정보¹⁾</u> 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>민감정보²⁾</u> 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 <u>고유식별정보³⁾</u> 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)를 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호)
- 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, 사회복지서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)
- 3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조제3항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조제4항에 따른 외국인등록번호 등

7. 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, 재난자의료비지원사업 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.

8. 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	

9. 개인정보 취급자의 연락처

환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료비지원사업 업무담당자

10. 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·조치에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

인천광역시서구청장(보건소장) 귀하

금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서

1. 소아암환자 의료비지원 대상자 인적사항

관 계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)
소아 암환자 본인		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ </div>

2. 금융정보 등 제공 동의자(환자 포함 가구원 전체))

※ 유의사항 : 인감으로 동의할 경우 인감증명서 제출이 필요합니다. 동의자가 미성년자인 경우 친권자 등 보호자의 자필 한글 정자 서명 또는 무인(인감 포함)으로 대신합니다.

환자와의 관계	동의자 성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	금융정보 등의 제공을 동의함 ^{1),2)} (한글정자 서명 또는 무인인감)	금융정보 등의 제공 사실을 동의자에게 통보하지 아니함 ³⁾ (한글정자 서명 또는 무인인감)
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ - </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□□□□□ □□□□□□ </div>		

1) 소아 암환자 의료비지원 대상자 선정에 필요한 금융재산조사를 위하여 금융기관 등이 동의자(환자가구원 전체) 명의의 금융정보 등을 보건복지부장관·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(관련법에 따른 위탁업무수행 기관장 포함, 이하 '보건복지부장관 등' 이라 한다)에게 제공하는 것에 동의합니다.

2) 보건복지부장관 등이 통장계좌번호의 진위 여부 확인을 요청하는 경우 금융기관 등이 계좌 명의자의 성명, 주민등록번호, 계좌번호를 제공하는 것에 동의합니다.

3) 금융기관이 금융정보 등을 보건복지부장관 등에게 제공한 사실을 동의자에게 통보하지 아니하는 데에 동의합니다.(만일 동의하지 않으면, 금융기관 등이 금융정보 등의 제공사실을 정보제공 동의자 개인에게 우편으로 송부하게 됩니다.)

3. 금융정보 등의 제공 범위, 대상 금융기관 등의 명칭 : 뒷면 참조

4. 금융정보 등의 제공 동의 유효기간 : 동의서 제출 후 신청 서비스 자격 결정전까지, 자격 취득한 경우에는 자격상실 전까지

5. 정보제공 목적 : 소아 암환자 의료비 지원 대상자 선정을 위한 자산조사

□□□□□□년 □□월 □□일

금융기관장·신용정보집중기관장 귀하

금융기관 등의 명칭

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융기관
 - 1) 은행: 우리은행, 국민은행, SC제일은행, KEB하나은행, 신한은행, 한국씨티은행, 대구은행, 부산은행, 광주은행, 제주은행, 전북은행, 경남은행, 홍콩상하이은행, 한국산업은행, 기업은행
 - 2) 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 종합금융회사, 신탁업자, 집합투자업자, 투자일임업자
 - 3) 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회
 - 4) 「농업협동조합법」에 따른 지역농업협동조합, 지역축산업협동조합, 품목별·업종별협동조합과 그 중앙회
 - 5) 「수산업협동조합법」에 따른 지구별수산업협동조합, 업종별수산업협동조합, 수산물가공수산업협동조합과 그 중앙회
 - 6) 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합과 그 중앙회
 - 7) 「새마을금고법」에 따른 새마을금고와 그 연합회
 - 8) 「증권거래법」에 따른 증권회사·증권금융회사·중개회사 및 명의개서대행회사
 - 9) 「보험업법」에 따른 보험사업자
 - 10) 「우체국 예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
 - 11) 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령」 제2조에 따른 기관
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제25조에 따른 신용정보집중기관: 전국은행연합회 등

금융정보등의 범위

1. 금융정보
 - 1) 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 외화예금 등 요구불 예금 : 3개월 이내 평균 잔액
 - 2) 정기예금, 정기적금, 정기저축 등 저축성예금 : 예금의 잔액 또는 총 납입액
 - 3) 주식, 수익증권, 출자금, 출자지분, 부동산(연금)신탁 : 최종 시세가액
 - 4) 채권, 어음, 수표, 채무증서, 신주인수권증서, 양도성예금증서 : 액면가액
 - 5) 연금저축 : 정기적으로 지급된 금액 또는 최종 잔액
 - 6) 1)부터 5)까지에 해당하는 금융재산에서 발생하는 이자, 배당 또는 할인액
2. 신용정보
 - 1) 대출 현황 및 연체 내용
 - 2) 신용카드 미결제 금액
3. 보험정보
 - 1) 보험증권 : 해약할 경우 지급받게 될 환급금 또는 최근 1년 이내에 지급된 보험금
 - 2) 연금보험 : 해약할 경우 지급받게 될 환급금 또는 정기적으로 지급되는 금액

유의 사항

- 환자가구원이 이 동의서 제출을 2회 이상 거부·기피할 경우 의료비 등록 신청이 각하될 수 있습니다.
- 이 동의서는 의료비 등록 신청할 때 한 번만 제출하면 되며, 앞면에서 “유효기간”이란 동의서 제출일부터 6개월 이내에 금융정보 등을 조회한다는 의미입니다. 향후 확인조사의 경우에는 동의서를 추가로 제출하지 아니하여도 보건복지부장관이 금융정보 등의 제공을 요청할 수 있습니다.
- 동의자(환자가구원)의 금융정보등은 의료비 지원 대상자 선정 확인을 위한 금융 재산 조사 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 아니합니다.

소득 재산 정보 제공 동의서

(앞면)

1. 정보제공의 범위와 사용 목적

- 정보제공 범위
 - 조사기준일 현재 동의자 명의의 소득 및 재산 내용
- 사용 목적 : 소아 암환자의료비지원사업 대상자 선정을 위한 소득·재산 조사

2. 소득·재산정보제공동의자

- 환자 인적사항

환자 성명	주민등록번호	주 소	동의확인(서명)
			인

- 동의자 범위(조사 대상자 범위) : 환자 가구

가구원 성명	주민등록번호	주 소	동의확인(서명)
			인
			인
			인
			인
			인
			인

3. 동의서의 유효기간 : 등록 신청일부터 6개월. 단, 보건소장 등록 신청 동의 시 자격 상실 전까지 가능

※ 가구원의 변화가 있거나 보건소장 등록 신청을 중지하고 직접 등록 신청 시 등록 신청일부터 6개월까지 유효함

4. 동의서의 작성 연월일 : 년 월 일

5. 정보를 제공받을 기관명 : 인천광역시서구보건소

○ 동 신청서를 접수한 시장·군수·구청장은 「사회복지사업법」 제33조의3에 따른 복지대상자 선정 및 보호실시의 적정성 확인을 위한 목적으로 복지대상자에게 필요한 사회복지서비스 및 보건의료서비스에 관한 정보, 복지대상자와 부양의무자의 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 법령의 규정에 의한 사회복지서비스 수혜 이력에 관한 정보, 기타 보호의 실시에 필요한 정보로서 금융·국세·지방세·토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산재보험·출입국·병무·보훈급여·교정·가족관계증명 등 관련 정보를 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망을 통해 조회할 수 있으며, 같은 법 제 33조의 8에 따라 복지대상자가 아닌 자로 결정된 시점으로부터 5년 간 보유하고, 그 기간이 경과하면 즉시 파기함을 고지합니다.

위의 사항을 확인 합니다.

년 월 일

동의자(환자가구) _____ (서명 또는 인)

인천광역시서구 통합조사팀 귀하

안내 및 유의사항

- 의료비지원 대상자 또는 부양의무자가 이 동의서 제출을 2회 이상 거부·기피할 경우 지원 대상자격 박탈
- 동의자(환자, 환자가구원)의 소득 및 재산 정보 등은 소아 암환자 의료비 지원 대상자 선정을 위한 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 않습니다.

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 중 / [] 차상위 본인부담금 경감대상자)		
신청인	성명		관계	
	전화번호			
후원 여부	국가 지원금	[] 없음 [] 있음 (기관: , 금액:)		
	[] 재난적의료비지원사업 [] 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		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금	원
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금		원	비급여 본인부담금	원

※ 총 지원현황

구분	지급한도액	기지급액	금회 지급 결정액			예상 잔액
			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