

성인 암환자 의료비 등록신청서						
신청구분	☐ 건강보험가입자 ☐ 의료급여수급자 ☐ 폐암 환자					
등록·지원 대상자	성명			주민등록번호		
	주소					
	전화번호			휴대전화번호		
	지급계좌번호			은행/예금주		
	이메일 주소					
	암 관련 정보 수신 여부	☐ 예 ☐ 아니오		만족도조사 참여 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
신청인 (보호자 등)	성명			주민등록번호		
	관계			전화번호		
진단정보	상병명			상병코드		
	진단기관			최초진단일		
	전화번호			소재지		
의료보장	☐ 의료급여 (☐ 1종 / ☐ 2종 / ☐ 특례 중 / ☐ 차상위 본인부담금 경감대상자)					
	☐ 건강보험	종별	가입자 성명	관계	보험료 부과액	비고
		☐ 직장 ☐ 지역				
후원 여부	국가 지원금	☐ 없음 ☐ 있음 (기관 : _____, 금액 : _____)				
	☐ 중증질환재난적의료비지원사업 ☐ 긴급지원사업 ☐ 장애인복지지원사업 ☐ 보훈지원 ☐ 희귀·난치성질환자의료비지원사업 ☐ 석면피해구제급여 ☐ 산재보상서비스 ☐ 기타					
	공단환급금	☐ 없음 ☐ 있음 (진료기간 : _____, 금액 : _____)				
	개인·단체후원	☐ 없음 ☐ 있음 (내용 : _____, 금액 : _____)				
환급·환수 안내 여부		☐ 예 ☐ 아니오		환수조치시 동의	동의자 : _____ (인)	
※ 지원 신청내역						
금회 신청 건수	총 () 건 (세부 신청내역은 뒷면 참조)					
구분	지급가능액	기지급액	금회 총 지급결정액			
			계	본인일부부담금	비급여 본인부담금	
2014년						
2015년						
2016년						
지급일자	년 월 일					
환수조치 시 안내	타 국가 의료비 지원을 받거나, 거짓, 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원 받은 비용을 반환하여야 하며 형법 및 관련 법률에 의해 처벌 받을 수 있습니다.					
통보 방법	☐ 전화 ☐ 문자메시지(SMS) ☐ 이메일(e-mail) ☐ 서면					
위와 같이 성인 암환자 의료비 등록 및 지원을 신청합니다.						
			년 월 일 신청인 : _____ (서명 또는 인)			
보건소장 귀하						

성인 암환자 의료비 지원 신청서(환자용)

신청구분	☐ 건강보험가입자 ☐ 의료급여수급자 ☐ 폐암 환자					
지원 대상자	성 명		주민등록번호			
	주 소					
	상 병 명		상 병 코 드			
	지급계좌번호		은행/예금주			
	의료보장	☐ 건강보험가입자 ☐ 의료급여수급자 (☐ 1종 / ☐ 2종 / ☐ 특례 종 / ☐ 차상의 본인부담금 경감대상자)				
신청인	성 명		관계			
	전화번호					
후원 여부	국가 지원금	☐ 없음 ☐ 있음 (기관 : _____, 금액 : _____)				
	☐ 중증질환재난적의료비지원사업 ☐ 긴급지원사업 ☐ 장애인복지지원사업 ☐ 보훈지원 ☐ 희귀·난치성질환자의료비지원사업 ☐ 석면피해구제급여 ☐ 산재보상서비스 ☐ 기타					
	공단환급금	☐ 없음 ☐ 있음 (진료기간 : _____, 금액 : _____)				
	개인·단체후원	☐ 없음 ☐ 있음 (내용 : _____, 금액 : _____)				
※ 지원 신청내역						
금회 신청건수	2015년	총 () 건				
	2016년	총 () 건				
2015년	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	
2016년	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			예상잔액
			계	본인 일부부담금	비급여 본인부담금	
2014년	원	원	원	원	원	원
2015년	원	원	원	원	원	원
2016년	원	원	원	원	원	원
위와 같이 성인 암환자 의료비 지원을 신청합니다. 신청인 : _____ (서명 또는 인) 년 월 일 보건소장 귀하						

암환자의료비지원사업 개인정보 이용·제공 동의서

< 개인정보 이용 및 제공 동의자 범위 >

- 지원 대상자의 보호자 또는 지원 대상자 중 소득·재산 조사 실시 대상 소아 암환자의 가구원

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

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부 암환자의료비지원사업

- 사업명 : 암환자의료비지원사업
- 사업수행 기관 : 대상자의 관할 시도 및 시군구 보건소
- 사업 운영 및 관리기관 : 보건복지부, 국립암센터

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집 및 이용목적	▪ 암환자의료비지원사업 대상자 선정 및 관리를 위하여, 사회복지통합관리망을 통한 소득·재산 조사 시 자료 제공받을 때 활용 ▪ 암환자 의료비 지원 자격결정정보, 수혜내역의 확인을 통한 사회보장급여의 적정성 확인 ▪ 암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	▪ 개인정보 : 성명, 주소, 전화번호, 휴대전화번호 ▪ 고유식별정보 : 주민등록번호(외국인등록번호) ▪ 민감정보 : 소득 및 재산정보(소아 암환자 가구원에 한함)
보유 및 이용기간	대상자 선정 및 관리를 위해 영구 보존
귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지원 대상자 등록 신청 및 지원 신청이 불가능할 수 있으며, 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.	

※ 본인은 ()년 ()월부터 암환자 의료비 지원 대상자로 신청하거나 선정·등록된 자의 보호자 및 가구원으로, 개인정보보호법 제15조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보¹⁾를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 본인은 ()년 ()월부터 암환자 의료비 지원 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자의 보호자 및 가구원으로, 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보²⁾를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 본인은 ()년 ()월부터 암환자 의료비 지원 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 민감정보³⁾를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

- 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
- 2) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조제3항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조제4항에 따른 외국인등록번호 등
- 3) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(유전자검사 등의 결과로 얻어진 유전정보, 「형의 실효 등에 관한 법률」 제2조제5조에 따른 범죄경력자료에 해당하는 정보)

3. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제공하는 자, 이용목적, 제공항목	보유 및 이용기간
- 사회보장정보시스템을 통한 소아 암환자 가구원의 소득 및 재산에 관한 공적자료 조회를 위하여 시·군·구 통합조사관리팀에 제공(환자 가구원의 성명, 주민등록번호, 주소 등) - 사회보장급여의 적정성 확인(사회복지사업법 제33조의3)을 위하여 행정자치부, 보건복지부, 사회보장급여를 제공하는 국가 및 지방자치단체 등에 제공(보호자 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호) - 암 관련 정보 및 기타 공공서비스 제공을 위하여 보건복지부 국가암정보센터에 제공(보호자 성명, 전화번호, 휴대전화번호)	- 복지대상자가 아닌 자로 결정된 시점으로부터 5년 - 영구 - 서비스 제공 종료 시까지

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지원 대상자 등록 신청 및 지원 신청이 불가능할 수 있으며, 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 ()년 ()월부터 암환자 의료비 지원 대상자의 보호자 및 가구원으로, 개인정보 보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

4. 미성년자의 개인정보 동의 여부

법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지원 대상자 등록 신청 및 지원 신청이 불가능할 수 있으며, 지원 대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 ()의 법정대리인으로, 개인정보보호법 제22조 제5항⁴⁾ 및 동법 시행령 제17조⁵⁾에 따라 개인정보의 수집·이용·제공 등에 대하여 확인하였습니다.

☐ 확인함 ☐ 확인하지 않음

5. 개인정보 취급자의 연락처 : 환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료지원사업 업무담당자

암환자의료지원사업에 등록된 개인의 정보 파일(DB)은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 「개인정보보호법」등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집, 이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인하였습니다.

☐ 확인함 ☐ 확인하지 않음

동의인 : 년 월 일
(서명 또는 인)

() 시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

- 4) 개인정보보호법 제22조 제5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정 대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있음.
- 5) 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.

행정정보 공동이용 사전동의서

※ 뒷 쪽의 작성 방법을 읽고 기재합니다.

1. 사무의 명칭 : 암환자 의료비 지원사업 대상자의 의료비 지원

2. 공동이용 행정정보(구비서류)

공동이용 행정정보(구비서류)	동의여부 (동의시 서명 또는 인)
주민등록표 등·초본	
건강보험증	
자동차등록원부	
건강보험료 납부확인서	

3. 이용기관의 명칭 : _____ 보건소

본인은 위 사무와 관련된 자격의 적정성 확인 및 사회보장급여의 적절한 대상자 선정·관리를 위하여 이용기관의 업무처리담당자가 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용 등을 통하여 전자적으로 본인의 구비서류를 확인하는 것에 동의합니다.(위에 기재된 구비서류 정보는 해당 사무 이외의 용도로 사용될 수 없으며, 만약 전자적 확인에 대하여 본인이 동의하지 아니하는 경우에는 본인의 선택에 따라 서류로 대신 제출할 수 있음)

2015 년 월 일

동의인 성 명 : (서명 또는 인)

주 민 등 록 번 호 :

전 화 번 호 :