



[서식 3]

선천성대사이상 검사 및 환아관리 개인정보 제공 동의서

선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 인구보건복지협회, 특수식이 공급업체(마마팜, 매일유업, 한국메디칼푸드, 한독, 남양유업, CJ제일제당), 사회보장정보원, 국민건강보험공단
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험 가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
 - 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- 개인정보보유 및 이용기간
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 의료비지원사업이 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.

| 성명 | 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 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

| 동의자 성명 | 주민등록번호 | 관계 | 동의확인(서명) |
|--------|--------|----|----------|
| | | | (인) |
| | | | (인) |
| | | | (인) |
| | | | (인) |