

미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청서

(접수번호:)

① 임신부 성명 및 생년월일	성명: 생년월일: 년 월 일	② 영유아성명 및 성별	성명: 성별: <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 남	③ 배우자 (보호자)성명		
④ 주소(전화번호)						
⑤ 난임시술여부 ※난임시술을 통해 임신 하고 출산한 경우		난임 시술 종류 <input type="checkbox"/> 체외수정 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 해당없음		시술비용 부담 <input type="checkbox"/> 국가지원 <input type="checkbox"/> 자비 <input type="checkbox"/> 기타		
⑥ 분만(진 단) 기관명		⑦ 분만일자(생년월일)				
⑧ 출생시 체중		g(반드시 gm단위로 작성)		⑨ 임신기간: 임신 ()주()일 분만		
⑩ 선천성이상질병 명(질병분류코드)		주상병) 부상병1) 부상병2)		⑪ 다태아 및 출생순위 <input type="checkbox"/> 단태아 <input type="checkbox"/> 쌍태아(쌍둥이) → 쌍둥이 중 <input type="checkbox"/> 첫번째 <input type="checkbox"/> 두번째 <input type="checkbox"/> 삼태아(세쌍둥이 이상) → <input type="checkbox"/> 쌍둥이 중 <input type="checkbox"/> 번째		
⑫ 입원치료기관명		⑬ 입원기간		년 월 일 ~ 년 월 일(일간)		
⑭ 진료비(원)		총진료비 (A+B+C+D) 환자부담금소계 (A+C+D)		급여부분 진료비		비급여부분 진료비(D)
				본인부담금(A)	공단부담금(B)	
⑮ 지급보증신청 여부		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		⑯ 입급은행 및 계좌번호		
⑰ 의료급여 수급권자		<input type="checkbox"/> 1종 수급자 / <input type="checkbox"/> 2종 수급자 / <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 산정특례(질병코드)		⑱ 다자녀 확인 ()명의 자녀중 ()째 자녀 지원		
⑲ 건강보 험 가입자	구분	본인 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/>	배우자 등 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/>			
	고지역	본인 원	배우자 등 원			
⑳ 국가지원 및 후원 등 확인		긴급의료비 등 국가지원		<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(기관: , 금액: 원)		
		개인·단체 등 민간후원		<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용: , 금액: 원)		
		환급금 수령여부		<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(진료기간: , 금액: 원)		
㉑ 유 의 사 항		- 허위 기재 시 지원대상 제외 및 의료비 지급 시 환수 - 국민건강보험공단 환급 및 지원 후 추가 후원이 발생하는 경우 환수처리 할 수 있음				
		유 의 사 항 안내여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	환수 등 조치 시 동의	동의자: (서명)	
별지 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 의료비 지원을 신청합니다.						
신청인 주소 본인과의 관계 신청자 성명 서명 또는 인 년 월 일 시·군·구청장(보건소장) 귀하						
첨부서류: 진료비영수증, 입급계좌통장 사본, 출생보고서(출생증명서) 사본, 질병명이 포함된 진단서 사본 혹은 진단명을 확인할 수 있는 입퇴원증명서 등, 주민등록등본※, 건강보험증 사본※(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드사본 첨부) 건강보험료 본인부담금 고지영수증 또는 고지확인서※(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두 첨부) ※ 「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 제출 생략						
㉒ 보건소장 심사의견:						
㉓ 의료비지원 결정액(원):		㉔ 결정 연월일:		㉕ 지급 연월일:		

[서식 2]

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 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), 사회보장정보원, 국민건강보험공단
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 미숙아 및 선천성이상아 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
 - 미숙아 및 선천성이상아 : 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) 등의내용
 - 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)
 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 등의
- 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 "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)

※ 관계표시 방법 : 본인(의료비 지원신청자), 배우자, (시)부모, 조부모, 기타

※ 대상 : 건강보험료 산정 시 가구원수에 포함되는 사람