

[서식 1호] 고위험 임신부 의료비 지원 신청서

고위험 임신부 의료비 지원 신청서						
지원 대상자	성명			생년월일		
	연락처	(주소) (핸드폰)		(자택전화) (전자메일)		
	질병명	<input type="checkbox"/> 조기진통 <input type="checkbox"/> 분만관련 출혈 <input type="checkbox"/> 중증 임신중독증 <input type="checkbox"/> 양막의 조기파열 <input type="checkbox"/> 태반조기박리 <input type="checkbox"/> 전치태반 <input type="checkbox"/> 절박유산 <input type="checkbox"/> 양수과다증 <input type="checkbox"/> 양수과소증 <input type="checkbox"/> 분만전 출혈 <input type="checkbox"/> 자궁경부무력증 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 다태임신 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 대사장애를 동반한 임신과다구토 <input type="checkbox"/> 신질환 <input type="checkbox"/> 심부전 <input type="checkbox"/> 자궁 내 성장 제한 <input type="checkbox"/> 자궁 및 자궁의 부속기 질환				
	질병코드			최초진단일 년 월 일		
	분만예정일	년 월 일	분만일	년 월 일		
	지급계좌번호			은행명/예금주		
	의료보장	<input type="checkbox"/> 의료급여수급자(□1종/ □2종/ □특례) <input type="checkbox"/> 의료급여 외 기초생활보장수급자(생계/주거/교육) 및 차상위계층(본인부담경감대상/사할/장애인/계층확인) <input type="checkbox"/> 건강보험가입자(□직장/ □지역/ □혼합(직장+지역))				
가구원수 및 건강보험료	가구원수	명	건강보험료 고지역(합산액)	원		
신청인	성명			관계		
	연락처	(자택전화)		(핸드폰)		
국가지원 수혜현황	난임부분 지원사업	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (시술기관명 : )				
후원여부	개인·단체 후원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)				
	기타	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)				
지급보증 신청	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)					
입원진료비 지원신청내역	입원진료비					
	지원신청대상 의료비 (=C+D+E)	급여진료비		비급여진료비		
		A	B	C	D	E
		본인부담금	공단부담금	전액본인부담금	선택진료료	선택진료료 외
원	원	원	원	원		
유의사항	- 허위내용 기재 시, 지원대상에서 제외하고 지급한 의료비를 환수 조치함 - 의료비 지급 후 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우, 반드시 관할 보건소에 관련 내용을 신고하여야 하고 지급한 의료비를 환수 조치함					
	유의사항 확인여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		환수 등 사후조치에 대한 사전동의 (서명)		
아래의 관련서류를 첨부하여 위와 같이 고위험 임신부 의료비 지원을 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 보건소장 귀하						
첨부서류 : (공통)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)</li> <li>■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> <li>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</li> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> <li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)</li> <li>■ 신청인 신분증(본인 확인용)</li> </ul> * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능					

[서식 2호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

<b>고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서</b>					
고위험 임신부 의료비 지원사업과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.					
- 다 음 -					
<input type="checkbox"/> 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 인구보건복지협회 고위험 임신부 의료비 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관					
<input type="checkbox"/> 개인정보(DB) 수집의 목적					
<input type="checkbox"/> 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원대상자 선정 및 관리 <input type="checkbox"/> 보건소통합정보시스템을 통한 의료비 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용 <input type="checkbox"/> 고위험 임신부 의료비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용 <input type="checkbox"/> 고위험 임신부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용					
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집 항목					
<input type="checkbox"/> 고위험 임신부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원 치료횟수 등					
<input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 이용기간					
<input type="checkbox"/> 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구					
<input type="checkbox"/> 개인정보 조회·열람·활용 동의 내용					
<input type="checkbox"/> 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인) <input type="checkbox"/> 가족관계증명서(가족관계 및 가구원수 확인) <input type="checkbox"/> 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인) <input type="checkbox"/> 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인) <input type="checkbox"/> 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석 <input type="checkbox"/> 고위험 임신부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용 <input type="checkbox"/> 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의					
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집 동의 거부					
<input type="checkbox"/> 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.					
성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	행정정보공동이용 조회
	<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	<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 "고위험 임신부 의료비 지원사업 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.					
20    년    월    일					
동의자 성명	주민등록번호	관계*	동의 확인(서명)		
			(인)		
			(인)		
			(인)		
			(인)		

※ 관계표시 방법 : 본인(고위험 임신부로 진단받은 임신부), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모  
 ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다