

구분	소아암환자 건강보험가입자 신규등록 신청서류 및 구비서류
<p>신청서류 (하단의 첨부파일 서식 참고)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 소아암환자 의료비 등록 신청서 1부 ■ 소아암환자 의료비 지원 신청서 1부 ■ 소득재산 정보 동의서 1부: 환자, 환자가구 모두 포함해서 작성 ■ 금융정보등(금융·신용·보험정보)제공 동의서 1부 ■ 암환자 의료비지원사업 개인 정보 제공동의서(환자용) 1부 ■ 암환자 의료비지원사업 개인 정보 제공동의서(가구원용/보호자용) 1부
<p>구비서류</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 최근 3개 월 이내 발급 된 기준 가 관계 증명서 1 부 ■ 최근 3개 월 이내 발급 된 진단서 1부: 최종진단 상병명(임상적추정 안됨), 상병코드, 진단일자 기재 ■ 소득관계 서류 : 환자, 환자가구 모두 포함해서 제출 <ul style="list-style-type: none"> - 월급을 받는 경우 월급명세서 최근 3개월분 - 월급명세서가 없는 일용직일 경우 (고용보험 납입)확인서 - 자영업자일 경우 소득금액증명원(세무서에서 발급) ■ 재산관계 서류 각 1부: 환자, 환자가구 모두 포함해서 제출 <ul style="list-style-type: none"> - 임대차계약서(전월세계약서) - 임대보증금 파악하기 위함 <ul style="list-style-type: none"> ※ 전세권설정등기 또는 확정일자를 받은 전월세계약서 또는 임대기간이 유효한 계약서 ※ 전·월세 거주중인 경우에 한함, 직장관사에 거주시 주소와 보증금이 기재된 서류 추가로 제출 ※ 자동갱신인 경우: 자동갱신증명서류 제출 - 자동차보험 계약서: 환자 및 가족이 차량 보유시 제출 - 집, 토지, 건물 소유시 등기부등본은 미제출 ■ 부채 관련 서류 각 1부(금융기관 발행, 공증된 사채 등): 환자, 환자가구 모두 포함해서 제출 <ul style="list-style-type: none"> - 부채확인서 <ul style="list-style-type: none"> ※ 금융기관 대출금 ※ 금융기관 외 기관 대출금: 공신력이 담보되는 공공기관, 법에 근거한 공제회 ※ 임대보증금 - 부채로 인정되지 않는 경우 <ul style="list-style-type: none"> ※ 연대보증인으로 표기된 경우 ※ 등기등본의 채권채무액 표기 ※ 한도대출(마이너스 대출) ※ 카드론(신용카드회사에서 제출하는 단기간의 신용대출) 및 단기간(1년이내의 어음할인에 대한 대출 ※ 신용회복위원회에서 확인해준 부채 ※ 개인간 부채(법원에 의해 확인된 경우 제외)

소아암환자 의료비 등록 신청서

신청구분	[<input type="checkbox"/>] 건강보험가입자[소아] [<input type="checkbox"/>] 의료급여수급자[소아]			
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"/>] 보훈지원 [<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)

보건소장 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 [] 에 [] 아니오
환수조치 시 동의 동의자 : (서명)

향후 보건소장 등록신청 동의 안내

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

보건소장 등록신청 동의 여부 [] 에 [] 아니오

위와 같이 암환자 의료비 지원대상자로 등록 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)
신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

보건소장 귀하

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 6. 위임장 (위임하는 경우)
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)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

선결	소장		지시		
접수	일자		결재·공람	과장	전결
	번호			팀장	
처리과	보건행정과				
담당자					

소아암환자 의료비 지원 신청서(환자용)

신청구분	[<input type="checkbox"/>] 건강보험가입자[소아] [<input type="checkbox"/>] 의료급여수급자[소아]			
지원 대상자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	상 병 명		상 병 코 드	
	지급계좌번호		은행/예금주	
	의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 ([<input type="checkbox"/>]1종 / [<input type="checkbox"/>]2종 / [<input type="checkbox"/>]특례 종 / [<input type="checkbox"/>]차상위 본인부담금 경감대상자)		
신청인	성 명		관계	
	전화번호			
후원 여부	국가 지원금	[<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"/> 보훈지원 <input type="checkbox"/> 희귀질환자의료비지원사업 [<input type="checkbox"/> 석면피해구제급여 [<input type="checkbox"/> 산재보상서비스 [<input type="checkbox"/> 기타		
	공단환급금	[<input type="checkbox"/>] 없음 [<input type="checkbox"/>] 있음 (진료기간: _____, 금액: _____)		
	개인·단체후원	[<input type="checkbox"/>] 없음 [<input type="checkbox"/>] 있음 (내용: _____, 금액: _____)		

※ 지원 신청내역

금회		년	총 () 건			
신청건수		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			예상잔액
			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)

보건소장 귀하

금융기관 등의 명칭

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사 등
 - 1) 「은행법」에 따른 은행
 - 2) 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 - 3) 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 - 4) 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 - 5) 「한국은행법」에 따른 한국은행
 - 6) 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자·투자중개업자·집합투자업자·신탁업자·증권금융회사·종합금융회사 및 명의개서대행회사
 - 7) 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 상호저축은행중앙회
 - 8) 「농업협동조합법」에 따른 조합과 그 중앙회 및 농협은행
 - 9) 「수산업협동조합법」에 따른 조합 및 중앙회
 - 10) 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합 및 신용협동조합중앙회
 - 11) 「새마을금고법」에 따른 금고 및 중앙회
 - 12) 「보험업법」에 따른 보험회사
 - 13) 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
 - 14) 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 시행령 제2조에 따른 기관
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제25조에 따른 신용정보집중기관: 전국은행연합회 등

금융정보 등의 범위

1. 금융정보
 - 1) 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 외화예금 등 요구불 예금 : 3개월 이내 평균 잔액, 3개월 입금액 총액*
* 기초생활보장제도만 해당
 - 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

유의사항

- 소아 암환자 의료비지원 대상자 또는 부양의무자가 이 **동의서 제출을 2회 이상 거부·기피할 경우** 「국민기초생활 보장법」 제22조제8항, 「기초연금법」 제11조제4항, 「장애인연금법」 제9조제8항, 「의료급여법」 제3조의3제3항, 「주거급여법」 제14조, 「아이돌봄지원법」 제24조제3항, 「한부모가족지원법」 제12조의4에 따라 사회보장급여 신청이 각하될 수 있습니다.
- 이 동의서는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제5조, 「국민기초생활 보장법」 제21조, 「기초연금법」 제10조, 「장애인연금법」 제8조 및 「한부모가족지원법」 제11조, 「장애인복지법」 제50조의2, 「초·중등교육법」 제60조의5, 「의료급여법」 제3조의3제2항, 「주거급여법」 제9조에 따라 **사회보장급여를 신청할 때 한 번만 제출하면 됩니다.** 향후 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제19조 및 「국민기초생활 보장법」 제23조 및 「기초연금법」 제11조제2항, 「장애인연금법」 제11조, 「의료급여법」 제3조의3제3항, 「주거급여법」 제11조에 따른 확인조사의 경우에는 **동의서를 추가로 제출하지 아니하여도** 보건복지부장관 등이 금융정보 등의 제공을 요청할 수 있습니다.
- 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조의2에 따라 **맞춤형 급여 안내를 위한 금융정보 등의 제공 동의서를 한 번만 제출하면, 이후 주기적인 맞춤형 급여 안내를 위한 금융재산조사의 경우에는 동의서를 추가로 제출하지 아니하여도** 보건복지부장관 등이 금융정보 등의 제공을 요청할 수 있습니다. 맞춤형 급여 안내 신청인과 가구원의 금융정보 등 제공 동의서 제출 여부에 따라 수급가능성을 확인하여 안내하는 사업의 정확도가 달라질 수 있습니다.
- 동의자(소아 암환자 의료비지원 대상자 또는 부양의무자)의 금융정보 등은 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제29조제8항 및 제49조, 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항 및 제23조의2제6항, 「기초연금법」 제12조제6항, 「긴급복지지원법」 제13조제7항 및 「장애인연금법」 제9조 제6항 및 제12조제6항, 「한부모가족지원법」 제12조의3, 「장애인복지법」 제50조의3제6항, 「장애아동 복지지원법」 제15조제6항, 「의료급여법」 제3조의3제3항, 「초·중등교육법」 제60조의6, 「주거급여법」 제15조제6항에 따라 대상자 선정·확인조사, 맞춤형 급여 안내, 수급희망 이력관리, 급여 지급계좌 유효성 확인을 위한 금융재산 등의 **조사 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 아니하며, 이를 위반한 경우에는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제54조 또는 해당 법률의 벌칙규정을 적용하여 처벌받을 수 있습니다.**

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서(환자용)

(앞쪽)

성 명		주민등록번호	-
주 소		연락처	

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

2. 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)
- 동 사업과 관련되어 국민건강보험공단으로부터 검진정보, 급여내역, 건강보험정보, 재난적의료비지원 여부 등의 자료를 제공받을 때 활용
- 사회보장정보시스템을 통한 타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 자료를 제공받을 때 활용
- 사회보장정보시스템을 통한 소득·재산 조사 시 자료를 제공받을 때 활용
- 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
- 암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용
- 암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용

3. 개인정보 수집 항목

- 의료비지원 대상자의 정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 계좌번호, 상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융 정보(소아암환자에 한함), 보장변동정보, 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) 주민등록등본, 인적변동사항, 개인전출입)
- 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력 등 유사서비스 중복수혜이력

4. 개인정보 보유 및 이용 기간: 사업 종료 시

5. 개인정보의 수집·이용 동의 여부

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

본인은 개인정보보호법 제15조제1항 규정에 의거하여 본인의 개인정보 ¹⁾ 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조제1항 규정에 의거하여 본인의 민감정보 ²⁾ 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조제1항 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보 ³⁾ 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, 전자메일주소, 계좌번호, 인적변동사항, 개인전출입)
- 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, 사회서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)
- 3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조의2제1항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조제5항에 따른 외국인등록번호 등

6. 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 가구원의 소득·재산에 관한 공적자료 조회	성명, 주소, 주민등록번호	지원사업 후 5년
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	지원사업 후 3년
행정정보공동이용	주민등록등본, 건강보험증 등 확인	성명, 주민등록번호	4년
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 제17조제1항에 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 제17조제1항에 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.

(선택 동의)

암생존자통합지지사업 수행기관	암생존자통합지지사업 수행기관과 서비스 연계	성명, 지역, 전화번호, 휴대폰번호	지원사업 후 5년
-----------------	-------------------------	---------------------	-----------

본인은 개인정보보호법 제17조제1항에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

※ 타 사업 연계를 위한 개인정보 제3자 제공에 동의를 거부할 수 있습니다. 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에도 암환자의료비지원사업 대상자 선정에 불이익이 없습니다.

7. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조제6항에 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 제22조제6항에 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		

8. 개인정보 취급자의 연락처

환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료비지원사업 업무담당자

9. 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·조회에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 하였습니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서 (가구원/보호자용)

(앞쪽)

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 또는 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 제15조제1항 규정에 의거하여 본인의 개인정보 ¹⁾ 를 제공 (보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조제1항 규정에 의거하여 본인의 민감정보 ²⁾ 를 제공 (보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	[] 동의함 [] 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조제1항 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보 ³⁾ 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, 사회서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)
- 3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조제2항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조제5항에 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 가구원의 소득·재산에 관한 공적자료 조회	성명, 주소, 주민등록번호	지원사업 후 5년
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	지원사업 후 3년
행정정보공동이용	주민등록등본, 건강보험증 등 확인	성명, 주민등록번호	4년
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 제17조제1항에 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 제17조제1항에 의거하여 사업 만족도 조사를 위해 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

※ 만족도 조사를 위한 개인정보의 제3자 제공은 선택사항이므로, 동의하지 않아도 암환자의료비지원에 불이익이 없습니다.

(선택 동의)

암생존자통합지지사업 수행기관	암생존자통합지지사업 수행기관과 서비스 연계	성명, 지역, 전화번호, 휴대폰번호	지원사업 후 5년
-----------------	-------------------------	---------------------	-----------

본인은 개인정보보호법 제17조제1항에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

※ 타 사업 연계를 위한 개인정보 제3자 제공에 동의를 거부할 수 있습니다. 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에도 암환자의료비지원사업 대상자 선정에 불이익이 없습니다.

8. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조제6항에 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.
- 개인정보보호법 시행령 제17조에 의거하여 동법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

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·조회에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 하였습니다.

[] 동의함 [] 동의하지 않음

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

시장·군수·구청장(보건소장) 귀하