

|     |                      |
|-----|----------------------|
| 접 수 | 건강증진과-<br>(20 . . .) |
|-----|----------------------|

■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제1호서식]

암환자 의료비 등록 신청서

(앞 쪽)

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 신청구분           | <input type="checkbox"/> 건강보험가입자[소아] <input type="checkbox"/> 의료급여수급자[소아]<br><input type="checkbox"/> 건강보험가입자[성인] <input checked="" type="checkbox"/> 의료급여수급자[성인]                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
| 등록 대상자 (환자)    | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                           | 김 ○ ○                                                                                                                                                                                      | 주민등록번호                                                  | 111111-111111                                                      |
|                | 주소                                                                                                                                                                                                                                                                           | 인천광역시 남동구 소래로 633, ○○아파트 101동 101호                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                    |
|                | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            | 휴대폰번호                                                   | 010-0000-0000                                                      |
|                | 지급계좌                                                                                                                                                                                                                                                                         | 압류방지 전용통장(행복지킴이통장) 여부<br>※압류방지통장으로 지원금 지급 불가                                                                                                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 금융기관: 농협    예금주: 김 ○ ○    계좌번호: 000-0000-0000                                                                                                                                              |                                                         |                                                                    |
|                | 이메일주소                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
| 가구원 수 (환자 포함)  | ○ 명                                                                                                                                                                                                                                                                          | 만족도 조사 참여 여부                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |                                                                    |
| 신청인 (대리신청인)    | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                           | 김 ○ ○                                                                                                                                                                                      | 주민등록번호                                                  | 111111-111111                                                      |
|                | 구분                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 본인<br><input type="checkbox"/> 가족 및 친족<br><input type="checkbox"/> 보건소 공무원<br><input type="checkbox"/> 기타<br>(환자와의 관계: )<br>※ 기타 : 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람 | 전화번호                                                    | 010-0000-0000                                                      |
| 진단정보           | 상병명                                                                                                                                                                                                                                                                          | 대장암                                                                                                                                                                                        | 상병코드                                                    | C18.9                                                              |
|                | 진단기관                                                                                                                                                                                                                                                                         | ○ ○ 병원                                                                                                                                                                                     | 최초진단일                                                   | 2024.01.01.                                                        |
|                | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                         | 032-000-0000                                                                                                                                                                               | 소재지                                                     | 인천 남동구                                                             |
| 의료보장           | <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자<br><input checked="" type="checkbox"/> 의료급여수급자 ([ <input checked="" type="checkbox"/> ]1종/ [ <input type="checkbox"/> ]2종)                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
| 후원여부           | 국가지원금                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" 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<br><input type="checkbox"/> 희귀질환자의료비지원사업 <input type="checkbox"/> 석면피해구제급여 <input type="checkbox"/> 산재보상서비스 <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
|                | 개안단체 후원                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (내용: , 금액: )                                                                                                            |                                                         |                                                                    |
|                | 공단 환급금                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" 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                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                    |

|     |    |    |    |
|-----|----|----|----|
| 담당자 | 담당 | 과장 | 결재 |
|     | 전결 |    |    |

(뒤 쪽)

### 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 [ ☒ ] 예 [ ☐ ] 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 [ ☒ ] 예 [ ☐ ] 아니오

위와 같이 암환자 의료비 지원대상자로 등록 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

인천광역시 남동구 보건소장 귀하

신청자 제출 서류

1. 등록신청서
2. 진단서 (진단일자, 진단명 명시)
3. 개인정보 이용제공동의서 (환자용 1부, 보호자/가무원용 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)

## 암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서(환자용)

(앞쪽)

|     |                                       |        |               |
|-----|---------------------------------------|--------|---------------|
| 성 명 | 김 ○ ○                                 | 주민등록번호 | 111111-111111 |
| 주 소 | 인천광역시 남동구 소래로 633,<br>○○아파트 101동 101호 | 연락처    | 010-0000-0000 |

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 <sup>1)</sup> 를 제공 (보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.   | <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 본인은 개인정보보호법 제23조제1항 규정에 의거하여 본인의 민감정보 <sup>2)</sup> 를 제공 (보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.   | <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 본인은 개인정보보호법 제24조제1항 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보 <sup>3)</sup> 를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함) 할 것을 동의합니다. | <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 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」 제 31조제5항에 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<br>제공받는 자       | 이용목적                                                                 | 제공항목                                          | 보유 및 이용기간       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|
| 사회보장정보시스템             | 타법에 의해 실시되는 공공부조 및<br>사회서비스의 부정·중복수급여부 확인                            | 성명, 주소, 주민등록번호,<br>암환자의료비지원사업<br>자격결정·수혜이력 정보 | 영구              |
|                       | 소아암환자 가구원의 소득·재산에 관한<br>공적자료 조회                                      | 성명, 주소, 주민등록번호                                | 지원사업 후 5년       |
| 국민건강보험공단              | 산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및<br>본인부담상한제 사후환급금 관리,<br>재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인 | 성명, 주민등록번호,<br>수혜이력 정보                        | 지원사업 후 3년       |
| 행정정보공동이용              | 주민등록등본, 건강보험증 등 확인                                                   | 성명, 주민등록번호                                    | 4년              |
| 암환자 대상<br>타 지원사업 수행기관 | 타 법규에 의해 실시되는 공공부조 및<br>사회서비스와의 중복수급 여부 확인                           | 성명, 주민등록번호,<br>암환자의료비지원사업<br>자격결정·수혜이력 정보     | 서비스 제공<br>종료시까지 |

본인은 개인정보보호법 제17조제1항에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(선택 동의)

|                       |                              |                        |                |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|----------------|
| 사업 만족도 조사를<br>위한 수행기관 | 암환자의료비지원사업 수행 및 관련<br>정책연구개발 | 성명, 지역, 전화번호,<br>휴대폰번호 | 만족도조사<br>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<br>수행기관 | 암생존자통합지지사업 수행기관과<br>서비스 연계 | 성명, 지역, 전화번호,<br>휴대폰번호 | 지원사업 후<br>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 제22조의2에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 개인정보보호법 시행령 제17조의2에 의거하여 동법 제22조의2에 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·조치에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 하였습니다.

☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의인 :

(서명 또는 인)

인천광역시 남동구청장(보건소장) 귀하



## 암환자 의료비 지원 신청서(요양기관용)

( 앞 쪽 )

|           |                                                                                              |                                                                                                                                                |         |               |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| 신청구분      | [    ] 건강보험가입자[소아]     [    ] 의료급여수급자[소아]<br>[    ] 건강보험가입자[성인]     [ <b>V</b> ] 의료급여수급자[성인] |                                                                                                                                                |         |               |
| 지원<br>대상자 | 성 명                                                                                          | 김 ○ ○                                                                                                                                          | 주민등록번호  | 111111-111111 |
|           | 주 소                                                                                          | 인천광역시 남동구 소재로 633, ○○아파트 101동 101호                                                                                                             |         |               |
|           | 상 병 명                                                                                        | 대장암                                                                                                                                            | 상 병 코 드 | C18.9         |
|           | 의료보장                                                                                         | [    ] 건강보험가입자    [    ] 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자<br>[ <b>V</b> ] 의료급여수급자 ([ <b>V</b> ] 1종 / [    ] 2종)                                       |         |               |
| 신청기관      | 기 관 명                                                                                        | ○ ○ 병원                                                                                                                                         | 전화번호    | 032-000-0000  |
|           | 주 소                                                                                          | 인천시 남동구 ○○로                                                                                                                                    |         |               |
|           | 지급계좌번호                                                                                       | 111-1111-1111                                                                                                                                  | 은행/예금주  | 농협/ ○ ○ 병원    |
| 후원<br>여부  | 국가 지원금                                                                                       | [ <b>V</b> ] 없음    [    ] 있음 (기관: _____ , 금액: _____ )                                                                                          |         |               |
|           |                                                                                              | [    ] 재난적의료비지원사업    [    ] 긴급지원사업    [    ] 장애인복지지원사업    [    ] 보훈지원<br>[    ] 희귀질환자의료비지원사업    [    ] 석면피해구제급여    [    ] 산재보상서비스    [    ] 기타 |         |               |
|           | 공단환급금                                                                                        | [ <b>V</b> ] 없음    [    ] 있음 (진료기간: _____ , 금액: _____ )                                                                                        |         |               |
|           | 개인·단체 후원                                                                                     | [ <b>V</b> ] 없음    [    ] 있음 (내용: _____ , 금액: _____ )                                                                                          |         |               |

## ※ 지원 신청내역

|            |                 |                                                                                                                                                                                |            |            |               |
|------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------------|
| 금회<br>신청건수 | 2024년           | 총 ( 1 ) 건                                                                                                                                                                      |            |            |               |
|            | 년               | 총 (                      ) 건                                                                                                                                                   |            |            |               |
| 진료기간       | 입원              | 최초 2024년 1월 1일 ~ 마지막 2024년 1월 31일 (총 31일간)                                                                                                                                     |            |            |               |
|            | 외래              | 최초                      년                      월                      일 ~ 마지막                      년                      월                      일 (총                      일간) |            |            |               |
| 2024년      | 총진료비<br>(A+B+C) | 환자부담금<br>소계(A+C)                                                                                                                                                               | 급여부담금 소계   |            | 비급여<br>부담금(C) |
|            |                 |                                                                                                                                                                                | 본인일부부담금(A) | 보험자부담금(B)  |               |
|            | 1,112,000원      | 112,000원                                                                                                                                                                       | 100,000원   | 1,000,000원 | 12,000원       |
| 신청 소계      | 본인일부부담금         |                                                                                                                                                                                | 100,000원   | 비급여 본인부담금  | 12,000원       |
| 년          | 총진료비<br>(A+B+C) | 환자부담금<br>소계(A+C)                                                                                                                                                               | 급여부담금 소계   |            | 비급여<br>부담금(C) |
|            |                 |                                                                                                                                                                                | 본인일부부담금(A) | 보험자부담금(B)  |               |
|            | 원               | 원                                                                                                                                                                              | 원          | 원          | 원             |
| 신청 소계      | 본인일부부담금         |                                                                                                                                                                                | 원          | 비급여 본인부담금  | 원             |

위와 같이 암환자 의료비 지원을 신청합니다.

년      월      일

신청 요양기관의 장 : ○○병원 (직인)

인천광역시 남동구 보건소장 귀하