

[서식 1호] 고위험 임신부 의료비 지원 신청서

고위험 임신부 의료비 지원 신청서						
지원 대상자	성명	홍길순		주민등록번호	870101 - 2XXXXXX	
	연락처	(주 소) 서울시 송파구~ (핸드폰) 010-XXXX-XXXX			(자택전화) 02-XXXX-XXXX (전자메일) withyou@xxx.co.kr	
	질병명	<input checked="" type="checkbox"/> 조기진동 <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	060.0		최초진단일	2020년 3월 2일	
	분만예정일	2020년 5월 11일		분만일	2020년 4월 14일	
	지급계좌번호			은행명/예금주		
	의료보장	<input type="checkbox"/> 의료급여수급자(□ 1종/ □ 2종/ □ 특례) <input type="checkbox"/> 의료급여 외 기초생활보장수급자(생계/주거/교육) 및 차상위계층(본인부담경감대상/자활/장애인/계층확인) <input checked="" type="checkbox"/> 건강보험가입자(✓ 직장/ □ 지역/ □ 혼합(직장+지역))				
가구원수 및 건강보험료	가구원수	3명		건강보험료 고지액(합산액)	201,123 원	
신청인	성명	홍길순		관계	본인	
	연락처	(자택전화) 02-XXXX-XXXX			(핸드폰) 010-XXXX-XXXX	
국가지원 수혜현황	난임부부 지원사업	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (시술기관명:)				
후원여부	인구보건복지협회	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용: , 금액: 원)				
	개인·단체 후원	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용: , 금액: 원)				
	기타	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용: , 금액: 원)				
입원진료비 지원신청 내역	지원신청대상 의료비 (=C+D+E)	입원진료비				
		급여진료비			비급여진료비	
		A	B	C	D	E
		본인부담금	공단부담금	전액본인부담금	선택진료료	선택진료료 외
원	767,659 원	6,335,368 원	443,320 원	0 원	30,750 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 checked="" type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		환수 등 사후조치에 대한 사전동의	홍길순 (서명)	
아래의 관련서류를 첨부하여 위와 같이 고위험 임신부 의료비 지원을 신청합니다.						
2020년 4월 29일 신청인 : 홍길순 (서명 또는 인)						
_____ 보건소장 귀하						
첨부서류 : ■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함) (공통) ■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부 ■ 주민등록등본 1부* ■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부* - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능 ■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의) ■ 신청인 신분증(본인 확인용) * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능						

[서식 2호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험 임신부 의료비 지원사업과 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, 인구보건복지협회
고위험 임신부 의료비 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관

□ 개인정보(DB) 수집의 목적

- 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원대상자 선정 및 관리
- 보건소통합정보시스템을 통한 의료비 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
- 고위험 임신부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

□ 개인정보 수집 항목

- 고위험 임신부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원 치료횟수 등

□ 개인정보 보유 및 이용기간

- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

□ 개인정보 조회·열람 활용 동의 내용

- 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
- 가족관계증명서(가족관계 및 가구원수 확인)
- 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
- 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- 고위험 임신부 의료비 지원사업이 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 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	행정정보공동이용 조회
홍길순	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
김철수	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
김하나	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" 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.

2020 년 4 월 29 일

동의자 성명	관계*	동의 확인(서명)
홍길순	본인	(인)
김철수	남편	(인)
김하나	딸	(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