

서식

재난적의료비 신청 서식(퇴원 후 신청)

[별지 제1호 서식] 재난적의료비 지급신청서

[별지 제9호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서(환자용)

[별지 제9호의2 서식] 개인정보 수집·이용 동의서(가구원용)

[별지 제10호 서식] 재난적의료비 지원 신청을 위한 보험정보 제공 및 통보의무 면제 동의서

[별지 제11호 서식] 타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서

[별지 제2호 서식] 위임장

... 대리인 신청 시 제출

재난적의료비 지급신청서

[] 기초생활 수급자 [] 차상위계층 [] 그 외 지원대상자

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하고, 해당 내용을 기재하시기 바랍니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일(연장 시 60일)
------	-----	------	---------------

환자	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)				
	주소	전화번호 또는 휴대전화번호				
	의료기관명	질병·부상명	질병분류기호	입원기간	진료 구분	[] 입원 [] 외래 [] 약국

대리인	성명	생년월일	전화번호 또는 휴대전화번호		
	유형	[] 가족 [] 친족 [] 이해관계인(환자와의 관계:) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원			

지급 계좌	환자와의 관계	예금주 성명	금융기관명	계좌번호	해당사항에 체크 일반통장[] 압류방지통장[]
----------	------------	--------	-------	------	----------------------------------

정보수신 [] 동의 [] 동의하지 않음
여부 [] 동의하지 않음 수신 방법 [] 문자메시지 [] 전자우편()

진료비 내역						
진료비총액	환자부담금총액	급여			비급여	
		본인부담금 총액	공단부담금 총액	전액본인부담금 총액	선택진료료 총액	선택진료료 이외 총액

※ 진료비 영수증의 각 항목 총액을 적습니다. 영수증이 여러 장인 경우 각 항목의 총 합산금액을 적습니다.

고지 사항	1. 민간보험 가입·지급 여부	[] 없음 [] 있음 (금액: 시기:)
	2. 국가·지방자치단체 등 지원 여부	[] 없음 [] 있음 (금액: 시기:)
	3. 위험분담약제 사용여부	[] 없음 [] 있음 (약제명: 환급금액:)

※ 재난적의료비 지원금액은 국가·지방자치단체나 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 급여·보험금 등을 받을 수 있는 경우에는 그에 상당하는 액수를 제외하고 지급되며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제10조에 따라 위와 같이 재난적의료비 지급을 신청합니다.

※ 미성년자의 경우 친권자 등 보호자의 자필 서명 또는 인으로 대신합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제1호에 따른 가족관계증명서 등 지원대상자 해당 여부 확인에 필요한 서류 2. 진단서, 입·퇴원 확인서 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제10조제1항 각 호에 따른 진료 등의 사실 확인에 필요한 서류 3. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제10조제3항 각 호의 자료 또는 정보 제공동의에 관한 서류 4. 예금통장 사본 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제14조제1항에 따른 지원대상자 명의의 지정계좌로의 입금 등에 필요한 서류 5. 진료비·약제비 영수증 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제2조에 따른 의료비 확인에 필요한 서류 6. 「보험업법」에 따른 보험가입 및 보험금 지급명세를 증명하는 서류 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제11조에 따른 지원금액 산정 및 같은 영 제12조에 따른 지급제의 대상 금품 등의 확인에 필요한 서류
담당 직원 확인사항	1. 주민등록표 등본 2. 「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제40조에 따른 수급자 증명서

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

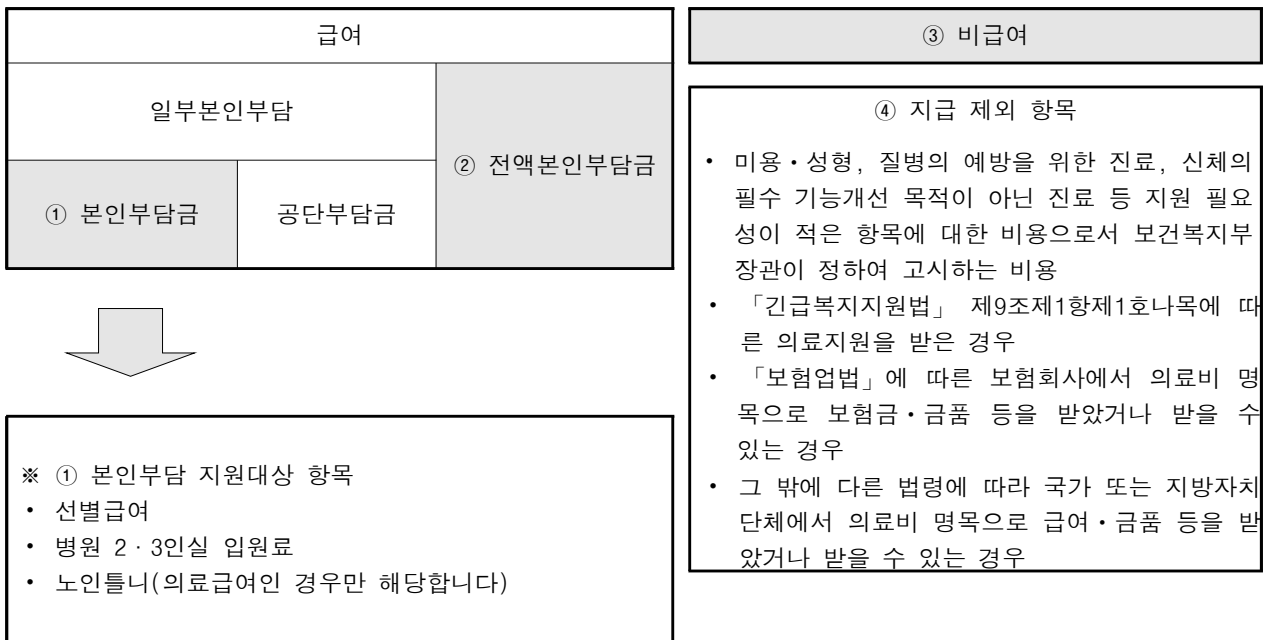
※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인: _____ (서명 또는 인)

유의사항

- 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제17조에 따라 재난적의료비 지급제한 사유가 있음에도 지원금액이 지급된 경우 등에 해당하면 그 지원금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수하며, 같은 법 제18조에 따라 제3자의 행위로 재난적의료비 지원사유가 발생하여 지원대상자에게 지원금액을 지급한 경우에는 그 지원금액의 범위에서 제3자에게 손해배상을 청구할 권리를 얻습니다.
- 정당한 이유 없이 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제22조제1항에 따른 자료제출을 하지 않거나 거짓으로 한 자 또는 조사를 거부하거나 기피한 자에 대해서는 500만원 이하의 과태료를 부과합니다.
- 재난적의료비 지원 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 않습니다.

재난적의료비 지원 개념



※ 재난적의료비 지원금액:

$$\{ \text{① 본인부담금(지원대상 항목)} + \text{② 전액본인부담금} + \text{③ 비급여} - \text{④ 지급 제외 항목} \} \times 50\sim 80\%$$

* 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

개인정보 수집·이용 및 제공 동의서(환자용)

(1쪽/2쪽)

환자 성명	생년월일
-------	------

국민건강보험공단(이하 '공단')은 재난적의료비 지원사업 업무수행을 위하여 개인정보를 수집·이용·제공하고자 하오니, 아래 내용을 자세히 읽어 보신 후에 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다

■ 개인정보 처리 안내

- 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조(주관 등), 제6조(계획의 수립 등), 제9조(지원대상자), 제11조(금융정보등의 제공), 제13조(지급범위), 제21조(자료제공의 협조), 제25조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 「재난적의료비지원에 관한 법 시행령」 제3조(재난적의료비), 같은법 시행규칙 제2조(지급신청)
- 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의수집·이용), 제23조(민감정보의 처리제한), 제24조(고유식별정보의 처리 제한)
 - 공단은 위 법령 등에서 정하는 재난적의료비 지급여부 결정 및 지원금액의 지급 결정, 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수, 재난적의료비 지원사업 관련 정책연구 및 개발, 사업 만족도 조사 및 평가 수행을 위하여 의료비 지원대상자의 성명, **주민등록번호**, **외국인등록번호**, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 소득·재산, 건강보험 가입내역, 건강보험료, 출입국 내역, 외국인 등록내역(외국인 등록일, 체류자격, 체류기간), 주민등록전산정보(사망, 말소, 거주불명등록, 성명/주민등록 변경, 개인전출·입), **의료기관명**, **상병명**, **상병기호**, **진료기간**, **진료비내역**, 지원금액을 지급하기 위한 지급계좌 내역(금융기관명, 계좌번호, 예금주성명), 대리인의 정보(성명, 생년월일, 전화번호, 휴대전화번호, 관계), 전자우편 주소, 다른 법령 또는 계약에 따라 지원 지급 받은 지급내역(지원사업명, 지원금액, 지원일자)를 수집·이용할 수 있습니다.

■ 개인정보 수집 및 이용 동의

- 개인정보 수집·이용 목적: 재난적의료비 지급 결정을 위하여 「재난적의료비 지급에 관한 법률」 제13조제2항에 따라 의료비 중복수급 확인
- 개인정보 수집·이용 항목(필수항목): 「보험업법」에 따른 보험회사, 공제 및 체신관서, 한국신용정보원이 보유한 보험(가입)계약 및 지급 정보
- 개인정보 보유 및 이용기간: **5년**
- 위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리 있으며, 동의를 거부 시 재난적의료비 지급 신청이 제한될 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까?

[] 동의함 [] 동의하지 않음

■ 개인정보 제3자 제공 동의

- 개인정보 제3자 제공 목적: **재난적의료비 지원사업의 적정성 평가 및 조사, 정책연구 및 개발**
- 개인정보를 제공받는 기관: **보건복지부**
- 개인정보 제공 항목(필수항목): 의료비 지원대상자의 성명, 생년월일, 연령, 휴대전화번호, 건강보험 가입내역, 재난적의료비 지원 내역, 재난적의료비 소득구간

개인정보 수집·이용 동의서(가구원용)

(1쪽/2쪽)

국민건강보험공단(이하 '공단')은 재난적의료비 지원사업의 관리운영기관으로서 지급신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정, 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수 등을 위하여 신청인 가구 구성원의 개인정보를 수집·이용하고자 하는 경우 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조 및 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제9조, 제10조, 제21조, 제25조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.

환자 성명		생년월일	
-------	--	------	--

개인정보 수집 및 이용 안내

- 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조(주관 등), 제9조(지원대상자), 제10조(지급신청 등), 제11조(금융정보등의 제공), 제21조(자료제공의 협조), 제25조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 「재난적의료비지원에 관한 법 시행령」 제3조(재난적의료비), 같은 법 시행규칙 제2조
 - 공단은 위 법령 등에서 정하는 재난적의료비 지급여부 결정 및 지원금액의 지급결정을 위하여 의료비 지원대상자 가구원의 정보(성명, **주민등록번호**, **외국인등록번호**, 환자와의 관계), 지원금 지급을 위한 계좌번호 정보(금융기관명, 예금주 성명, 계좌번호)를 수집·이용합니다.

개인정보 수집 활용 동의

- 개인정보 수집·이용 목적: 공단은 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조, 제9조, 제10조에 따라 지원대상자의 지원여부 결정, 지원금액의 지급결정, 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수, 재난적의료비 지원사업 관련 정책연구 및 개발, 사업 만족도 조사 및 평가 수행을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.
- 개인정보 수집·이용 항목(필수항목): 재난적의료비 지원대상자 가구원의 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 건강보험 가입내역, 건강보험료 정보, 소득·재산 정보, 주민등록전산 정보(사망, 말소, 거주불명등록, 성명/주민등록번호 변경, 개인전출·입) 출입국 내역 정보, 군입대/제대 정보, 외국인등록정보(체류자격, 체류기간)
- 개인정보 보유 및 이용기간: **5년**
- 위 개인정보 수집·이용에 대해 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부 시 재난적의료비 지급 신청이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 가구원이 만14세미만 아동인 경우에는 그 법정대리인이 동의(서명 또는 인)해야 합니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까?

성명	생년월일	환자와의 관계	개인정보 수집·이용 동의여부	동의 일자	서명 또는 인	법정대리인 성명	법정대리인 서명 또는 인
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				

민감정보 수집 활용 동의

- 민감정보 활용 목적: 공단은 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조, 제9조, 제10조에 따라 지원대상자의 지원여부 결정, 지원금액의 지급결정, 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수를 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.
 - 민감정보 수집 항목(필수항목): **교정시설 입/출소 정보, 보장시설 입/출소 정보**
 - 민감정보의 보유 및 이용기간: **5년**
 - 위 민감정보의 수집·이용에 대해 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부 시 재난적의료비 지급 신청이 제한될 수 있습니다.
- ※ 가구원이 만14세미만 아동인 경우에는 그 법정대리인이 동의(서명 또는 인)해야 합니다.

위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까?

성명	생년월일	환자와의 관계	개인정보 수집·이용 동의여부	동의 일자	서명 또는 인	법정대리인 성명	법정대리인 서명 또는 인
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				
			[] 동의함 [] 동의하지 않음				

3. 만 14세미만의 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조제6항에 따라 개인정보처리자는 만14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 합니다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보(법정대리인의 성명·연락처)는 법정 대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있습니다.

4. 개인정보 취급자의 연락처: 국민건강보험공단 재난상한제운영부 업무담당자

20 년 월 일

국민건강보험공단 이사장 귀하

재난적의료비 지원 신청을 위한

보험정보 제공 및 통보의무 면제 동의서

국민건강보험공단(이하 '공단')은 재난적의료비 지원사업 업무수행을 위하여 「재난적의료비 지원에 관한 법률」, 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 한국신용정보원에서 보유하고 있는 보험정보의 제공을 요청하고자 하오니 아래 내용을 자세히 읽어보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다. 아울러, 공단이 의료비 지원여부 확인을 위해 해당기관에 제공하는 개인 정보(성명, 주민등록번호)는 공단의 업무 수행을 위해 이용하는 불가피한 경우에 해당하여 정보주체자의 동의 없이 제공할 수 있는 정보에 해당됨을 안내드립니다.

환자 성명	주민등록번호

- 제공받는 자: 국민건강보험공단
- 제공받는 자의 이용목적: 의료비중복지원 여부 확인
- 제공 항목

제공기관	제공항목
한국신용정보원(신용정보집중기관)	실손의료보험 가입정보

- 보유 및 이용 기간: 5년
- 위 보험정보 제공 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 거부 시 재난적의료비 지급 신청이 제한될 수 있습니다.

위와 같이 보험정보를 제공 하는데 동의하시겠습니까?

[] 동의함 [] 동의하지 않음

「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제10조제3항에 따른 재난적의료비 지원 신청을 위하여 한국신용정보원이 신청인의 보험정보를 공단에 제공하는 것과 그에 따른 정보제공의 제공사실에 대한 명의인 통보를 받지 않는데 동의합니다.

년 월 일

신청인(환자) 성명 (서명 또는 인)

<환자가 14세미만의 아동인 경우>

년 월 일

신청인(환자) 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서

※ 해당되는 곳에 √ 표시하고, 타 의료비를 지원 받았거나 받을 수 있는 경우에는 세부내역을 기재합니다.

성명(환자)			생년월일		
구분	지원금 구분	지원 여부	신청일	지원일	지원금
국가· 지방자치단체 등의 지원금	<input type="checkbox"/> 암환자 의료비 지원				
	- 소아암 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	- 성인암(의료급여)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	- 성인암(국가암)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	- 성인암(폐암)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 긴급의료지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 미숙아 선천성 이상아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 장애입양아동	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
기타 지원금	<input type="checkbox"/> 입원명령결핵환자 입원비	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 사회복지공동모금회 (긴급지원)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 민간보험금(실손형) ※ 보험회사, 공제회, 우체국 등	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
기타 지원금	<input type="checkbox"/> 위험분담약제 환급금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 산업재해 지원금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 상해 구상금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
환수조치 및 공공재정 제재부과금 안내	1. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제13조제2항(지급범위)에 따라 국가·지방자치단체, 민간보험 등 타 의료비지원금 등을 받거나, 같은 법 제17조(부당이득의 징수 등)에 따라 거짓 또는 기타 부정한 방법으로 재난적의료비 지원을 받은 경우, 같은 법 제18조(구상권)에 따라 해당 진료비에 대해 제3자로부터 손해배상을 받은 경우 환수할 수 있습니다. 2. 「공공재정 부정청구 금지 및 부정이익 환수 등에 관한 법률」 제9조 및 「보조금 관리에 관한 법률」 제33조 및 제33조의2에 따라, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지원을 신청(신고)할 경우 1의 환수금에 더해 200%~500%에 해당하는 제재부가금이 부과될 수 있습니다				

본인(대리신청인 포함)은 환수조치 및 공공재정 제재부과금에 대한 안내에 대하여 담당 직원으로부터 안내받았음을 확인하며, 재난적의료비 지급신청 관련하여 타 의료비 지원금 수령내역을 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

위임장

위임자 (환자)	성명	생년월일
	주소	전화번호
위임받는 자 (대리인)	성명	생년월일
	주소	전화번호
	구분 [] 가족 및 친족 [] 이해관계인(환자와의 관계:) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원	
위임내용	<input type="checkbox"/> 재난적의료비 지급신청 <input type="checkbox"/> 기타 ()	

재난적의료비 지급신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자(환자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

유의사항

- 위임받는 자(대리인)는 본 위임장과 위임자(환자)의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 제출해야 하며, 대리인의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서(대리인이 사회복지전담공무원인 경우에는 공무원임을 증명하는 신분증을 말합니다)를 공단에 함께 제시해야 합니다. 이 경우 대리인이 의료기관 사회복지사인 경우에는 재직증명서 등 의료기관 등의 종사자임을 증명할 수 있는 서류를 함께 제시합니다.
- 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재난적의료비 지원을 받은 자 또는 제3자로 하여금 그 재난적의료비 지원을 받게 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
- 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청한 경우에는 사문서 위·변조로 처벌을 받을 수 있습니다.