



- [별지 제1호 서식] 재난적의료비 지급신청서
- [별지 제2호 서식] 위임장
- [별지 제4호 서식] 의료기관 등 직접 지급 및 재난적의료비 지원대상자 확인 신청서
- [별지 제6호 서식] 재난적의료비 직접 지급요청서
- [별지 제7호 서식] 이의신청서
- [별지 제8호 서식] 이의신청 결정서
- [별지 제9호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제공·조회 동의서(환자용)
- [별지 제10호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제공·조회 동의서(가구원용)
- [별지 제11호 서식] 타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서
- [별지 제12호 서식] 재난적의료비 지원금액 지급 계좌(변경) 신청서
- [별지 제14호 서식] 상병 발생 경위 신고(통보)서
- [별지 제15호 서식] 개별심사요청서
- [별지 제18호 서식] 재난적의료비 지원금 상속대표 선정동의서
- [별지 제19호 서식] 인우보증서
- [별지 제20호 서식] 요양비등 수급자격 확인서

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
여부 [] 동의하지 않음

수신 [] 문자메시지
방법 [] 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

(뒤쪽)

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 지급제외 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.

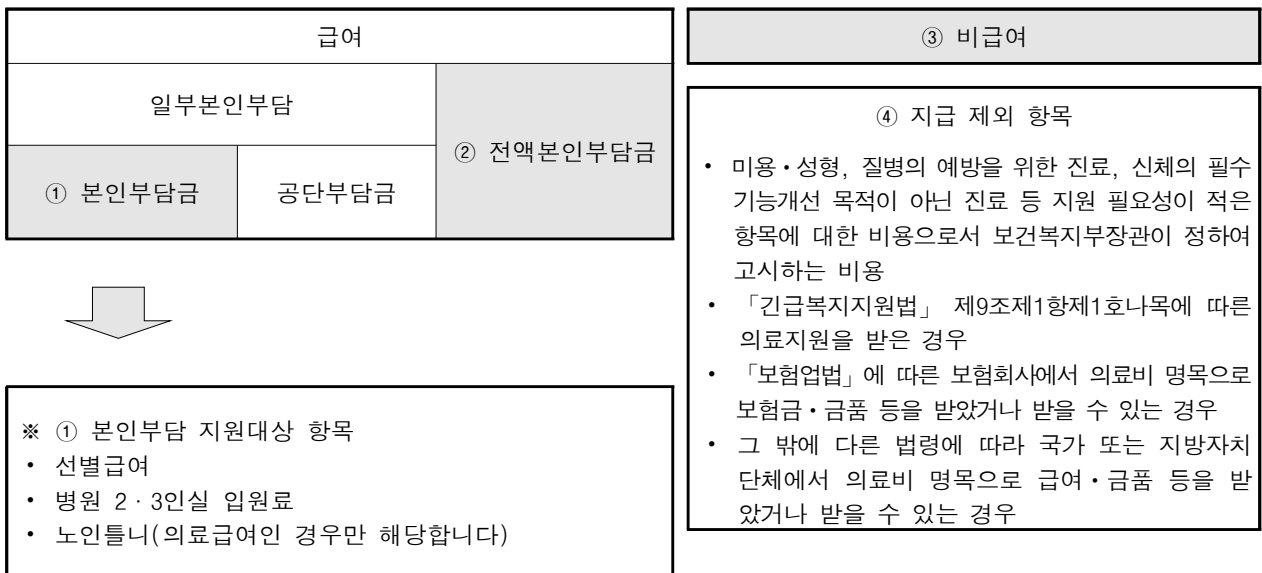
※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

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 지원 사유가 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.

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

1. 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.
2. 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.
3. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청한 경우에는 사문서 위·변조로 처벌을 받을 수 있습니다.

의료기관 등 직접 지급 및 재난적의료비 지원대상자 확인 신청서

[] 기초생활 수급자 [] 차상위계층 [] 그 외 지원대상자

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 3일(신청인이 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제7조제1항제3호에 해당하는 경우에는 7일)		
환자	성명	주민등록번호(외국인등록번호)		
	주소	전화번호 또는 휴대전화번호		
	의료기관명	질병·부상명	질병분류기호	입원기간
대리인	성명	생년월일	전화번호 또는 휴대전화번호	
	유형	[] 가족 [] 친족 [] 이해관계인(신청인과의 관계:) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원		
정보수신여부	[] 동의 [] 동의하지 않음	수신방법	[] 문자메시지 [] 전자우편()	

고지사항	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 시행규칙」 제5조제1항에 따라 위와 같이 의료기관등에 직접 지급 신청 및 재난적의료비 지원대상자 해당 여부에 대한 확인을 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, 입원 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. 진료비·약제비 영수증 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제2조에 따른 의료비 확인에 필요한 서류 5. 「보험업법」에 따른 보험가입 및 보험금 지급명세를 증명하는 서류 등 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제11조에 따른 지원금액 산정 및 같은 영 제12조에 따른 지급제외 대상 품목 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)

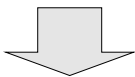
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

유의사항

1. 입원진료 중 재난적의료비 지원대상자 확인을 신청하는 경우에 퇴원에정일 3일(「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제7조제1항제3호에 해당하는 경우에는 퇴원에정일 7일) 전까지 신청해야 합니다. 부득이 공단의 지원대상자 확인 결정 전에 퇴원하는 경우에는 별지 제1호서식을 이용하여 재난적의료비 지급을 신청하셔야 함을 알려드립니다.
2. 「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 지원 사유가 발생하여 지원대상자에게 지원금액을 지급한 경우에는 그 지원금액의 범위에서 제3자에게 손해배상을 청구할 권리를 얻습니다.
3. 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.
4. 재난적의료비 지원 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 않습니다.

재난적의료비 지원 개념

급여		
일부분인부담		② 전액본인부담금
① 본인부담금	공단부담금	



<p>※ ① 본인부담 지원대상 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 선별급여 • 병원 2·3인실 입원료 • 노인틀니(의료급여인 경우만 해당합니다)

③ 비급여

<p>④ 지급 제외 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 미용·성형, 질병의 예방을 위한 진료, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 진료 등 지원 필요성이 적은 항목에 대한 비용으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비용 • 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따른 의료지원을 받은 경우 • 「보험업법」에 따른 보험회사에서 의료비 명목으로 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우 • 그 밖에 다른 법령에 따라 국가 또는 지방자치단체에서 의료비 명목으로 급여·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우
--

※ 재난적의료비 지원금액:

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

* 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

재난적의료비 직접 지급요청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하고, 청구 세부내역을 적습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일
의료기관	명칭	요양기관기호	
	담당자 성명	연락처	
환자	성명	주민등록번호(외국인등록번호)	
	질병분류기호	질병·부상명	입원기간
지급 계좌	「국민건강보험법」 제47조에 따른 귀 기관의 요양급여비용 지급계좌로 지급		

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 합산 금액을 적습니다.

「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙」 제6조제1항에 따라 위와 같이 재난적의료비 지급을 요청합니다.

년 월 일

요청인:

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류

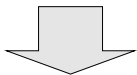
1. 의료기관등의 계좌 사본
2. 퇴원 확인서
3. 그 밖에 재난적의료비 지급에 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 서류

알림사항

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 지원 개념

급여		
일부분인부담		② 전액본인부담금
① 본인부담금	공단부담금	



- ※ ① 본인부담 지원대상 항목
- 선별급여
 - 병원 2·3인실 입원료
 - 노인틀니(의료급여인 경우만 해당합니다)

③ 비급여

- ④ 지급 제외 항목
- 미용·성형, 질병의 예방을 위한 진료, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 진료 등 지원 필요성이 적은 항목에 대한 비용으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비용
 - 「긴급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따른 의료지원을 받은 경우
 - 「보험업법」에 따른 보험회사에서 의료비 명목으로 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우
 - 그 밖에 다른 법령에 따라 국가 또는 지방자치단체에서 의료비 명목으로 급여·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우

※ 재난적의료비 지원금액 :
 {① 본인부담금(지원대상 항목) + ② 전액본인부담금 + ③ 비급여 - ④ 지급 제외 항목} × 50~80*
 * 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	60일
------	-----	------	-----

① 처분을 받은 자	성명	주민등록번호(외국인등록번호)
	주소	

② 처분의 내용	(처분지사:)	(여백 부족 시 별지 사용)
----------	----------	-----------------

③ 처분통지를 받은 날	년 월 일
--------------	-------

④ 이의신청의 취지와 사유	(여백 부족 시 별지 사용)
----------------	-----------------

⑤ 처분지사의 고지 유무	고지 내용
---------------	-------

「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제23조에 따라 위와 같이 공단의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인) 전화번호 ()

생년월일 휴대전화번호 ()

주소 전자우편주소 ()

처분을 받은 자와의 관계

국민건강보험공단 이사장 귀하

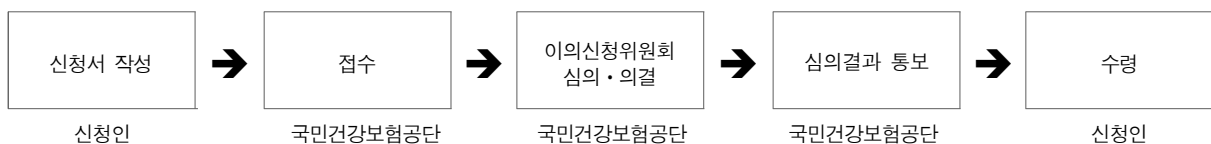
210mm×297mm[백상지 80g/m²]

첨부서류	주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류	수수료 없음
------	----------------------	-----------

작성방법

- ① 재난적의료비 지급결정 등에 관하여 공단으로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호(외국인의 경우에는 외국인등록번호), 주소를 적습니다(법인인 경우 법인명, 사업자등록번호, 사업장 주소를 적습니다)
- ② 재난적의료비 지원에 관하여 이의신청의 대상이 되는 공단의 구체적 처분 내용을 적습니다.
※ (처분지사:) 해당 처분을 한 공단 지역본부 또는 지사를 적습니다.
- ③ 공단의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.
- ④ 공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상·사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.
- ⑤ 처분지사 등의 이의신청에 관한 고지의 유무를 적습니다.

처리 절차



개인정보 수집·이용 동의서(환자용)

(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 환자 본인의 개인정보를 수집·이용·조회하고자 하는 경우 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조 및 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제9조, 제10조, 제11조, 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), 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 결정을 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, 예금주 성명), 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: 공단은 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조, 제9조, 제10조에 따라 지원대상자의 지원여부 결정, 지원금액의 지급결정, 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수, 다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 지급내역 확인, 재난적의료비 지원사업 관련 정책연구 및 개발, 사업 만족도 조사 및 평가 수행을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.
- 개인정보 수집·이용 항목(필수항목):
 - 「보험업법」에 따른 보험회사, 공제 및 체신관서 등의 보험가입(계약) 및 보험지급 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

○ 만14세 미만의 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조제6항 및 같은 법 시행령 제17조에 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 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있습니다.

년 월 일

본인(환자) 성명

(서명 또는 인)

<환자14세미만의 아동인 경우>

년 월 일

본인(환자) 성명

(서명 또는 인)

법정대리인 성명

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

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

1. 「재난적의료비지원에 관한 법」 제5조(주관 등), 제9조(지원대상자), 제10조(지급신청 등), 제11조(금융정보등의 제공), 제21조(자료제공의 협조), 제25조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
2. 「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 및 이용 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 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 및 이용 동의

- 민감정보 수집·이용 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 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

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 . .	
	<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 . .	
기타 지원금	<input type="checkbox"/> 민간보험금 ※ 보험회사, 공제회, 우체국 등	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	20 . .	
	<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

재난적의료비 지원금액 지급 계좌(변경) 신청서

환자	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호		핸드폰번호	
대리인	성명		생년월일	
	관계			
	전화번호		핸드폰번호	
재난적의료비 지원금 지급 계좌(변경) 신청 내역				
지원금 지급	금융기관		계좌번호	
	예금주		주민등록번호	
	전화번호		핸드폰번호	
	환자와의 관계	[] 가족 [] 친족 [] 이해관계인 (신청인과의 관계:)		
	계좌 변경 사유		이해관계인 신청 시 사유	
	반환 조치 동의	거짓 또는 부정한 방법 등으로 지급계좌를 변경하여 지원금을 수령한 경우, 재난적의료비 지원금을 반드시 반환 할 것을 약속합니다. 지원금 수령인: _____ (서명 또는 인)		

위와 같이 재난적의료비의 지원금 지급계좌를 변경 신청합니다.

년 월 일

환자 : _____ (서명 또는 인)
 대리인 : _____ (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

구비 서류 및 안내	<p>○ 재난적의료비 지원금은 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제14조에 따라 지원대상자(환자)본인 계좌로 지급됩니다. 다만, 환자 본인의 신청, 사망, 파산 및 압류 등 부득이한 경우 입증서류 제출 시에만 지급계좌 변경 가능합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 가족계좌로 지급요청 시 <ul style="list-style-type: none"> • 가족관계증명서(공단의 전산자료상 확인되는 경우 생략) • 행복지킴이 통장(압류방지 통장)인 경우 통장 사본 1부 2. 제3자 계좌 지급요청 시 <ul style="list-style-type: none"> • 위임장(지원금수령), 위임자의 신분증사본, 지원금 수령인의 신분증 제출 • 가족관계증명서(제적등본 등 관계를 알 수 있는 증명서), 행복지킴이 통장(압류방지 통장)인 경우 통장 사본 1부 3. 이해관계인 계좌로 지급요청 시 <ul style="list-style-type: none"> • 위임장(지원금수령), 환자 신분증 사본, 지원금 수령인 신분증 사본, 보증인 신분증 사본 제출 • 인우보증서, 인우보증인 인감증명서(이해관계인의 경우에만 제출) • 환자와의 관계를 알 수 있는 증명서(주민등록등본 등), 행복지킴이 통장(압류방지 통장)인 경우 통장 사본 1부 4. 파산(계좌압류)등의 경우 증빙서류(예금압류통지서, 파산선고 결정문 등) 추가 5. 대리인 신청 시 위임장 첨부하시기 바랍니다.
---------------------	---

※ 공급하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(공단 대표전화 1577-1000)

210mm × 297mm [백상지 80g/m²]

개별심사요청서

(앞쪽)

원처분 지사		지원위원회	
심사번호		성별	연령
질환		상병코드	특정기호
진료기간		입원일수	외래일수
소득수준	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 (기준중위소득 구간:)	의료비 본인 부담 수준	
		지원금액 청구액	

가. 심사유형 (에 √ 기재, 복수 선택 가능)

기준중위소득 100% 초과 200% 이하 가구로서 의료비 부담이 큰 경우 (①, ②, ③)

중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상질환) 외의 질환으로 고액 외래 의료비가 발생한 경우(①, ②, ③)

지원상한 금액을 초과하는 고액 의료비가 발생한 경우 (①, ②, ③)

질환특성을 고려하여 지원여부 판단이 필요한 경우(②)

기타 지원 필요성이 인정된다고 이사장 또는 지역본부장이 심의 상정하는 경우(권리침해사실 별첨)

나. 개별심사 요청사유 ... 신청인 작성

① 가구특성 (지지체계)

② 의료적 필요 (질환특성)

③ 소득·재산수준 (경제적필요)

다. 특이사항

라. 심사요구사항

첨부서류

<input type="checkbox"/> 소득증명원(본인, 또는 가족) (세무서, 국세청홈택스, 민원24)	
<input type="checkbox"/> 세목별과세증명서(구청, 동주민센터, 민원24)	
<input type="checkbox"/> 해촉증명원(해당회사)	<input type="checkbox"/> 부채내역서(금융기관)
<input type="checkbox"/> 진료비계산서(가족)	<input type="checkbox"/> 진단서(가족)
<input type="checkbox"/> 기타()	

개별심사요청서 관련 안내사항

□ 개별심사요청서 기재방법

- 인적사항, 심사유형, 특이사항 및 심사요구사항란은 지사담당자가 기재합니다.
- 개별심사 요청사유란은 심사유형에 따라 신청인이 기재합니다.

□ 심사유형 기재방법

- 개별심사 유형 체크박스(□)에 표기(√) 합니다.
- 개별심사 유형이 여러 개일 경우 체크박스(□)에 모두 표기(√) 합니다.(복수 체크 가능)
예) 기준중위소득 100% 초과 200% 이하 가구로서 의료비 부담이 큰 경우와 서로 다른 요양기관에서 입원
진료를(전원) 받은 경우에는 '□ 기준중위소득 100% 초과 200% 이하 가구', '□ 질환특성을 고려하여
지원여부 판단이 필요한 경우'에 각각 표기

□ 개별심사 요청사유 기재방법

- 기준중위소득 100% 초과 200% 이하 가구로서 의료비 부담이 큰 경우
 - 개별심사 요청사유 ① 가구특성(지지체계), ② 질환특성(의료적 필요), ③ 소득·재산수준(경제적 필요) 항목만 기재합니다.
- 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상질환) 외의 질환으로 고액 외래
의료비가 발생한 경우
 - 개별심사 요청사유 ① 가구특성(지지체계), ② 질환특성(의료적 필요), ③ 소득·재산수준(경제적 필요) 항목만 기재합니다.
- 지원상한 금액을 초과하는 고액 의료비가 발생한 경우
 - 개별심사 요청사유 ① 가구특성(지지체계), ③ 질환특성(의료적 필요), ③ 소득·재산수준(경제적 필요) 항목만 기재합니다.
- 질환특성을 고려하여 지원여부 판단이 필요한 경우
 - 개별심사 요청사유 ② 질환특성(의료적 필요) 항목만 기재합니다.
- 기타 지원 필요성이 인정된다고 이사장 또는 지역본부장이 심의 상정하는 경우
 - 개별심사요청서(다. 특이사항에 권리침해 사실 기재, 나. 요청사유 생략)와 권리침해사실 별도 첨부

□ 특이사항 기재방법

- 담당자가 특이사항이 있는 경우 기재합니다.

□ 심사요구사항 기재방법

- 담당자가 심사유형에 대한 개별심사 요구사항을 기재합니다.
예) 000에 대한 질환특성으로 인한 개별심사를 요청합니다'

인 우 보 증 서 (국민건강보험공단 제출용)

※ 아래 대상자는 재난적의료비 지원금액 수령인을 기재합니다.

대상자	성 명	
	주민번호	
	주 소	

■ 보 증 사 항

위의 사실을 확인하며 보증합니다.

20 년 월 일

위 보증인

(서명 또는 인)

관 계

성 명

생년월일

전화번호

※ 시중에서 통용되는 인우보증서 양식도 제출 가능

요양비 등 수급자격 확인서				
통보번호 :				
대상자	성명		생년월일	. . .
용도	「행복지킴이통장」 발급용			
유효기간	발급일로부터 1주일까지(초일산입)			
<p style="text-align: center;">상기인은 요양비 등의 수급자격이 있음을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">20 . 00. 00.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 20px;">국민건강보험공단 ○○지사장</p>				
<p>※ 요양비등의 종류</p> <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험법 상의 요양비, 장애인보조기기급여비, 본인부담상한액초과금 - 노인장기요양보험법 상의 특별현금급여비 - 재난적의료비 지원에 관한 법률 상의 재난적의료비 <p>※ 이 확인서는 건강보험 요양비등 수급자격 확인용이므로 다른 용도(재직증명용, 경력증명용, 대출용 등)로 사용 시 공단에 법적 책임이 없음을 알려드립니다.</p>				

210mm×297mm(백상지 80g/m²)