



퇴원 후 본인 신청

- ❶ 재난적의료비 지급신청서
- ❷ 개인정보 수집·이용 및 제공 조회 동의서
- ❸ 타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서
- ❹ 위임장

재난적의료비 지급신청서

☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 그 외 지원대상자

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

(제1쪽)

접수번호		접수일		처리기간	30일
환자	성명		주민등록번호(외국인등록번호)		
	상병기호	상병명	입원기간 ~		
	주소				
	유선전화번호		휴대전화번호		
	정보수신여부: ☐ 동의 ☐ 동의하지 않음		수신방법: ☐ 문자메시지 ☐ 전자우편 ()		
대리인	성명		생년월일		
	관계	유선전화번호	휴대전화번호		
의료기관	명칭			기호	
고지사항	1. 재난적의료비 지원 구분		☐ 1차 신청·청구 ☐ 재신청·청구		
	2. 민간보험 가입·지급 여부		☐ 없음 ☐ 있음 (금액: 시기:)		
	3. 국가·지방자치단체 등 지원 여부		☐ 없음 ☐ 있음 (금액: 시기:)		
	4. 위험분담약제 사용여부		☐ 없음 ☐ 있음 (약제명: 본인부담액: 환급신청여부:)		
지급계좌	금융기관:		예금주:	계좌번호:	

급여			비급여 진료비 금액(D)	지원 제외 대상 금액(E)
일부분인부담	본인부담금(A)			
	공단부담금			
전액본인부담금(B)			「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제13조제2항에 따른 지원제외 항목(F)	
본인부담금(A) 중 지원대상 금액(C)			국가 및 지방자치단체의 지원금 ①	
			민간보험금 등 ②	
세부항목	선별급여		지원기준금 (A+B+D-E)	지원금액 (B+C+D-E-F) × 50%
	65세 이상 임플란트 등			
	2인실·3인실 병실료			

작성방법

- 2인실·3인실 병실료는 「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1호에 따른 비용을 적습니다.
- 지원 제외 대상 금액(E)은 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제2조제1항 단서에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사항에 대한 비용을 적습니다.
- 입원진료비와 외래진료비를 합산하여 재난적의료비 지급을 신청하는 경우에는 제2쪽의 서식을 추가로 작성하시기 바랍니다.

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

년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

[청구 세 부 내 역]

※ 진료비 계산서·영수증 또는 진료비(약제비) 납입 확인서를 확인하여 작성하시기 바랍니다.

연번	요양기관 기호	진료과	진료 기간	입원/ 외래	급여			전액 본인 부담금 (B)	본인부담금(A) 중 지원대상 금액 (C)			비급여 진료비 금액 (D)	지원 제외 대상 금액 (E)	국가 및 지 방자치단체 지원금 (①)	민간보험금 등 (②)	지원금액 (B+C+D-E- ①-②)×50%	
					일부본인부담		선별급여		65세 이상 임플란트 등	2·3인실 병실료							
					본인부담금(A)	공단부담금											
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																
	☐ 입원 ☐ 외래 ☐ 약국																

1. 2인실·3인실 병실료는 「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1호에 따른 비용을 적습니다.

2. 지원 제외 대상 금액(E)은 「재난의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제2조제1항 단서에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사항에 대한 비용을 적습니다.

3. ① 및 ②는 「재난의료비 지원에 관한 법률」 제13조제2항에 따라 지원이 제외되는 항목입니다.

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

행정정보 공동이용 동의서

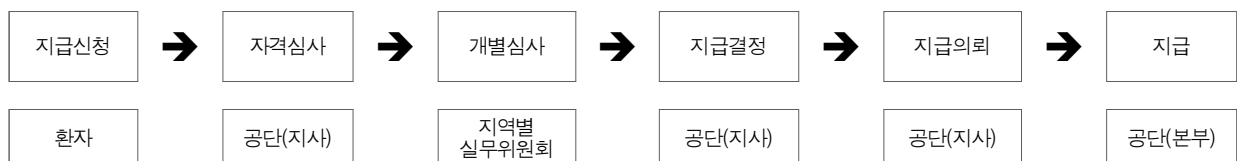
본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차



개인정보 수집·이용 및 제공·조치 동의서

(1쪽/3쪽)

국민건강보험공단(이하 '공단')은 재난적의료비 지원사업의 관리운영기관으로서 지급신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정, 지급의 적정성 확인 등을 위하여 본인('본인'이라함은 신청인 및 신청인의 가구 구성원을 포함한다. 이하 같다.)의 개인정보를 수집·이용하거나 제공·조치하고자 하는 경우 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조 및 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제9조, 제10조, 제21조, 제25조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.

이에 본인은 공단이 신청인의 재난적의료비 지급을 위하여 본인의 가구 구성원 정보, 소득·재산 수준, 의료비 부담 수준, 다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 파악에 필요한 범위 내에서 활용할 목적으로 아래 내용과 같이 본인의 개인정보를 수집·이용 및 제공·조치하는데 동의합니다.

※ 만 14세미만 환자의 경우에는 법정대리인께서 작성하시기 바랍니다.

신청인 (환자)	성명	(인)		전화번호	
	생년월일		주소		

□ 신청인(환자)의 가구 구성원

성명	생년월일	관계	주소	전화번호	동의 확인 (서명)
					(인)
					(인)
					(인)
					(인)
					(인)

1. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

수집·이용 목적	- 재난적의료비 지급 신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정 - 건강보험료 부과자료를 이용한 가구 구성원 확인 및 가구 구성원 명의의 소득·재산 조사 - 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수 - 다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 지급내역 확인 - 재난적의료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발
수집·이용 범위 및 항목 (필수)	성명, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소 등 연락처, 지원금액 지급을 위한 통장계좌번호
보유 및 이용기간	5년

※ 「전자정부법」 제36조 등에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리 담당자가 전자적으로 서류구비

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지급 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 재난적의료비 지원을 신청한 자로, 개인정보보호법 제15조에 따라 본인의 개인정보를 위와 같이 수집·이용하는 것에 동의합니다.

(필수) 개인정보 수집 동의

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의: 보험회사, 공제 및 체신관서, 한국신용정보원, 손해보험협회 및 생명보험협회에서 보유하고 있는 지원대상자의 보험 가입(계약)정보, 지급정보에 대하여 공단이 수집·이용하는 것에 대한 동의 여부

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지급 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

3. 기타 고지 사항 안내

개인정보보호법 제15조제1항제3호에 따라 정보주체의 동의없이 개인정보를 수집·이용 합니다.

개인정보처리사유	항목	수집근거	보유기간
개인정보 수집·이용에 관한 동의와 동일	주민등록번호	재난적의료비 지원에 관한 법률 제5조(주관 등), 제11조(금융정보등의 제공), 제21조(자료제공의 협조 등) 재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령 제10조(금융정보등의 요청 및 제공)	5년
	외국인등록번호 등 고유식별정보(전자정부법 제36조에 따른 행정정보의 공동이용센터, 사회보장정보시스템 포함)	재난적의료비 지원에 관한 법률 제25조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)	

4. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

수집·이용 목적	- 재난적의료비 지급 신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정 - 건강보험료 부과자료를 이용한 가구 구성원 확인 및 가구 구성원 명의의 소득·재산 조사 - 재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수 - 다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 지급내역 확인 - 재난적의료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발
항목	▶ 인적변동사항(사망, 말소, 거주불명등록, 성명/주민등록 변경, 개인전출입, 교정시설 입퇴소, 군입대/제대, 출입국내역 등), 건강정보(진단명, 상병코드, 진단일자, 진단기관 등), 보장변동정보(기초생활 수급자, 차상위계층대상자 등), 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) 등 ▶ 가구 구성원의 주민등록전산정보, 가족관계등록전산정보, 건강보험료 정보 ▶ 가구 구성원 명의의 소득(보수월액, 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득, 기타 소득 등)과 지방세법 제110조에 따른 주택, 건축물, 토지, 선박, 항공기 등의 재산세 과세표준액 ▶ 국가 또는 지방자치단체로부터 지원받은 의료비 지급내역(전자정부법 제36조에 따른 행정정보의 공동이용센터, 사회보장정보시스템 포함) ▶ 「보험업법」에 따른 보험회사, 공제 및 체신관서 등의 보험가입(계약) 및 보험금 지급 정보
보유 및 이용기간	5년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지급 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 재난적의료비 지원을 신청한 자료, 개인정보보호법 제23조에 따라 본인의 민감정보를 위와 같이 수집·이용하는 것에 동의합니다.

민감정보 수집·이용 동의

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

5. 개인정보의 제공·조치에 관한 동의

제공·조치 대상 기관	제공·조치 목적	제공·조치 항목	보유 기간
사회복지공동모금회	재난적의료비 지원금 지급, 중복 지원 내역 등 정보	성명, 주민번호, 상병코드(명칭), 주소, 연락처, 지원금액 등	3년
의료기관	재난적의료비 지원내역 등의 정보 확인	환자 및 보호자 성명, 주민등록번호, 지원내역 정보, 직역구분, 증번호 등	3년
행정안전부(행정정보공동이용센터 포함), 보건복지부, 사회보장급여를 제공하는 국가 및 지방자치단체, 사회보장정보원 등	신청인 및 가구 구성원의 자격정보, 수혜내역의 확인을 통한 사회보장급여의 적정성 확인, 의료비 중복지원 여부 확인	환자 및 보호자 성명, 주민등록번호, 자격 정보 및 진료기관, 질환 정보, 진료기간, 수혜일자, 수혜이력, 수혜금액 정보 등	5년
보험회사, 공제 및 체신관서, 한국신용정보원, 손해보험생명보험협회	의료비 중복지원 여부 확인	성명, 주민등록번호, 진료기간, 보험가입(계약) 정보 및 지급정보 등	5년
건강보험심사평가원	요양급여대상 적정여부 확인	성명, 주민등록번호, 요양기관기호, 진료비계산서·영수증(비급여 세부 내역) 및 진료기록부	3년
사업 만족도 조사 및 평가를 수행하기 위한 관련 수행기관	재난적의료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발	성명, 주민등록번호, 지역, 연령, 전화번호, 주소, 지원정보 등 *비식별 조치, 필요 최소한 정보만 제공	사업 종료 후 즉시 폐기

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지급 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 재난적의료비 지원을 신청한 자료, 「개인정보보호법」 제17조에 따라 본인의 개인정보를 위와 같이 제공·조치하는 것에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

6. 미성년자(만14세 미만)의 개인정보 동의 여부

법정 대리인	성명	(인)	전화번호
	생년월일	관계	

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본) 제출 요망

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지급 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보보호법」 제22조 제6항¹⁾ 및 같은법 시행령 제17조²⁾에 따라 개인정보의 수집·이용·제공 등에 대하여 확인하였습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

7. 개인정보 취급자의 연락처 : 국민건강보험공단 재난적의료비지원부 업무담당자

재난적의료비 지원 관련하여 등록된 개인의 정보 파일(DB)은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 「개인정보보호법」등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조치에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인하였습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

신청인(법정대리인):

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

참고 사항	1) 「개인정보보호법」 제22조 제6항에 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 2) 「개인정보보호법」 시행령 제17조제4항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음
-------	--

타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서

성명(환자)		생년월일			
구분	지원금 구분	지원 여부	신청일	지원일	지원금
국가· 지방자치단체 등의 지원금	☐ 암환자 의료비 지원				
	- 소아암 지원	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	- 성인암(의료급여)	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	- 성인암(국가암)	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	- 성인암(폐암)	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 긴급의료지원	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 미숙아 선천성 이상아	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 장애입양아동	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 입원명령결핵환자 입원비	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 기타	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 사회복지공동모금회 (긴급지원)	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
기타 지원금	☐ 민간보험금 ※ 보험회사, 공제회, 우체국 등	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 위험분담약제 환급금	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 산업재해 지원금	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 상해 구상금	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
	☐ 기타	☐ 없음 ☐ 있음	(20 . .)	(20 . .)	
환수조치 동의	타 의료비지원금 등을 받거나, 거짓 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환 할 것과 형사상 처벌을 받을 수 있음을 설명 들었으며, 이에 따른 환수 조치에 동의합니다. 동의자 (서명 또는 인)				

재난적의료비 지급신청 관련하여 타 의료비 지원금 수령내역을 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

환자(대리인)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

위임장

위임받는자 (대리인)	성명	전화번호
	생년월일	환자와의 관계
	주소	
위임자(환자)	성명	전화번호
	생년월일	
	주소	
위임내용	☐ 재난적의료비 지급신청 ☐ 기타 ()	

재난적의료비 지급신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자(환자) (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

유의사항

1. 위임을 받은 자(수임인)는 본 위임장과 위임자의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 제출하여야 하며, 수임인의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서를 공단에 함께 제시하여야 한다.

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.