



# 입원 중 신청 (요양기관 지불보증)

---

- ① 의료기관 등 직접 지급 및  
재난적의료비 지원대상자 확인 신청서
- ② 개인정보 수집·이용 및 제공 조회 동의서
- ③ 타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서
- ④ 위임장



제출 서류	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제1호에 따른 가족관계증명서 등 지원대상자 해당 여부 확인에 필요한 서류</li><li>2. 진단서, 입원 확인서 등 법 제10조제1항 각 호에 따른 진료 등의 사실 확인에 필요한 서류</li><li>3. 법 제10조제3항 각 호의 자료 또는 정보 제공동의에 관한 서류</li><li>4. 진료비·약제비 영수증 등 영 제2조에 따른 의료비 확인에 필요한 서류</li><li>5. 「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</li></ol>
담당 직원 확인 사항	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 주민등록표 등본</li><li>2. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 증명서</li></ol>

**행정정보 공동이용 동의서**

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. \* 동의하지 아니하는 경우에는 민원인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

민원인

(서명 또는 인)

**처리절차**



# 개인정보 수집·이용 및 제공·조회 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·조회하고자 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·조회하는데 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)

## 1. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>재난적의료비 지급 신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정</li> <li>건강보험료 부과자료를 이용한 가구 구성원 확인 및 가구 구성원 명의의 소득·재산 조사</li> <li>재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수</li> <li>다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 지급내역 확인</li> <li>재난적의료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발</li> </ul>
수집·이용 범위 및 항목 (필수)	성명, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소 등 연락처, 지원금액 지급을 위한 통장계좌번호
보유 및 이용기간	5년
<p>※ 「전자정부법」 제36조 등에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리 담당자가 전자적으로 서류구비</p> <p>※ 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.</p>	

※ 본인은 재난적의료비 지원을 신청한 자료, 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)	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>재난적의료비 지급 신청의 접수, 지급 여부 결정, 지원금액의 지급결정</li> <li>건강보험료 부과자료를 이용한 가구 구성원 확인 및 가구 구성원 명의의 소득·재산 조사</li> <li>재난적의료비 지급의 적정성 확인, 부당이득금 및 연체금의 징수</li> <li>다른 법령 또는 계약에 따라 지원(지급)받은 의료비 지급내역 확인</li> <li>재난적의료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발</li> </ul>
항목	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>가구 구성원의 주민등록전산정보, 가족관계등록전산정보, 건강보험료 정보</li> <li>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</li> <li>국가 또는 지방자치단체로부터 지원받은 의료비 지급내역(전자정부법 제36조에 따른 행정정보의 공동이용센터, 사회보장정보시스템 포함)</li> <li>「보험업법」에 따른 보험회사, 공제 및 체신관서 등의 보험가입(계약) 및 보험금 지급 정보</li> </ul>
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



## 타 의료비 지원금 등 수령내역 신고서

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 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.				
	동일자		(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	<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

- 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.
- 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.