

희귀질환자 의료비지원 사업 별지 서식 목차

* 서식 제목을 클릭하면 해당 페이지로 자동 이동합니다.

1. 희귀질환 특례자 등록 신청서	2쪽
2. 혈우병 입원 특례자 등록 신청서	3쪽
3. 희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 청구서	4~5쪽
4. 희귀질환자 요양비 청구서(만성신장병 본인부담금)	6쪽
5. 희귀질환자 요양비 청구서(만성신장병 본인부담금, 업체용)	7쪽
6. 만성신장병 본인부담금 청구 위임장	8쪽
7. 희귀질환자 보조기기 구입비 청구서	9쪽
8. 희귀질환자 요양비(인공호흡기, 기침유발기) 지급 청구서	10쪽
9. 선천성대사이상 환자 특수식이구입비 서면 청구서	11쪽
10. 사용대차확인서	12쪽
11. 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서	13쪽
12. 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 위임장 또는 법정대리인 동의서 ...	14쪽
13. 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서	15쪽
14. 희귀질환자 의료비지원사업 적합 또는 부적합 통지서	16쪽
15. 희귀질환자 의료비지원사업 이의신청서	17쪽
16. 1가구 2환자 특례자 외 대상자 개인정보 처리 동의서	18쪽
17. 소명서	19쪽
18. 부양의무자 부양거부 및 기피 소명서	20쪽
19. 지출실태조사표	21쪽

[별지 제6호서식]

희귀질환 특례자 등록 신청서 (소득·재산조사 면제)									
등 록 대상자	성 명				주민등록번호				
	질 환 명	(상병코드 :)							
	전화번호				휴대폰번호				
	주 소				이메일주소				
					정보수신여부	☐ 전자메일 ☐ 휴대폰 ☐ 수신거부 * 의료비지원사업에 관한 변동사항이 있을 시 정보 제공			
세대주 (보호자)	성 명				주민등록번호			관계	
	주 소				전화번호				
급여계좌	금융기관명				예금주			계좌번호	
신청구분	건강보험가입자				☐ 요양급여비용 중 본인부담금 ☐ 보조기기구입비 ☐ 인공호흡기 대여료 ☐ 기침유발기 대여료 ☐ 간병비 ☐ 특수조제분유 ☐ 저단백 즉석밥				
	의료급여 수급권자 및 차상위 본인부담경감대상자				☐ 간병비 ☐ 특수조제분유 ☐ 저단백 즉석밥				
행정정보 공동이용 사용동의	본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다. ※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.								동의함
									☐
위와 같이 희귀질환자 등록을 신청합니다. 년 월 일 신청인(대리신청인) : (서명 또는 인) 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하									
구비서류	1. 신청자(환자)의 통장사본 1부 2. 최근 3개월 이내 발급된 진단서 1부 - 주상병이 대상질환인 경우에 한함 ※ 단, 부상병인 경우라도 산정특례 등록질환과 일치할 경우에는 제출 가능함 - 의료비지원 대상 질환으로 확진 또는 최종 진단된 경우에만 지원신청이 가능함. 임상적 추정이나 의증은 지원 신청할 수 없음(단, 최종진단이 불가한 질환은 의사소견서 상에 해당 질환에 대한 확진 또는 최종 진단이 불가능한 사유를 소명한 전문의의 소견서 반드시 첨부) - 신규 신청에 한하여 제출하며 정기재조사 시에는 산정특례 등록확인으로 갈음 ※ 단, 정기재조사 시 산정특례 등록질환과 희귀질환자 의료비지원사업 등록질환이 다를 시에는 진단서를 추가 요청할 수 있음 ※ 1가구 2환자 특례자 외 환자의 진단서도 확인								
< 요양급여비용 중 본인부담금 신청자격 : 건강보험가입자에 한함 > ※ 혈우병환자 중 항체양성환자 및 HIV감염자 ※ 희귀질환자가 2인 이상인 환자가구로 상향기준을 적용하였으나 선정기준에 부합하지 않아 1인만 지원 받는 경우									

[별지 제7호서식]

혈우병 입원 특례자 등록 신청서 (소득·재산조사 면제)									
등 록 대상자	성 명				주민등록번호				
	질 환 명	(상병코드 :)							
	전화번호				휴대폰번호				
	주 소				이메일주소				
					정보수신여부	☐ 전자메일 ☐ 휴대폰 ☐ 수신거부 * 의료비지원사업에 관한 변동사항이 있을 시 정보 제공			
세대주 (보호자)	성 명				주민등록번호			관계	
	주 소				전화번호				
급여계좌	금융기관명		예금주		계좌번호				
입원기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (일간)								
총계 (A+B+C)	급여부분 진료비				비급여 부분 진료비 (C)				
	보험자부담액 (A)		본인부담액 ¹⁾ (정부지원부분) (B)						
	원		원		원	원			
위와 같이 희귀질환자 등록을 신청합니다. 년 월 일 신청인(대리신청인) : (서명 또는 인) 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하									
구비서류	1. 신청자(환자) 통장사본 1부 2. 진료비 영수증(또는 의료비명세서) 사본 1부 3. 최근 3개월 이내에 발급된 진단서 1부 - 주상병이 대상질환인 경우에 한함 ※ 단, 부상병인 경우라도 산정특례 등록질환과 일치할 경우에는 제출 가능함 - 의료비지원 대상 질환으로 확진 또는 최종 진단된 경우에만 지원신청이 가능함. 임상적 추정이나 의증은 지원 신청할 수 없음(단, 최종진단이 불가능한 질환은 의사소견서 상에 해당 질환에 대한 확진 또는 최종 진단이 불가능한 사유를 소명한 전문의의 소견서 반드시 첨부)								
※ 혈우병 입원 특례자 - 혈우병 환자 중 요양급여대상 수술을 요하거나 사고 등으로 인한 출혈로 인하여 입원진료가 필요한 환자 ※ 지원대상 범위 - 퇴원일로부터 1년 이내 발급받은 입원진료비 영수증에 대해 요양급여비용 중 본인부담금을 한시적으로 지원 후 퇴료 ※ 지원절차 - 주민등록지 관할 보건소에 등록 신청 한 후 가까운 국민건강보험공단 지사에 별지 제9호(희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 청구서)서식을 작성하여 진료비 영수증과 진단서(소견서)를 첨부하여 청구함									

1) 본인부담금 제외항목 : 전액 본인부담금(100/100), 선별급여, 예비급여, 2·3인실 입원료, 본인부담금 상한제 사전급여
 ※ 본인부담금 제외항목은 본인부담액을 청구하여도 지급되지 않으므로 해당금액을 제외하고 본인부담액(B)을 입력하시기 바랍니다.

[별지 제9호서식]

(앞면)

희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 청구서						
환 자 명				주민등록번호		
질 환 명	(상병코드 :)					
신 청 인	관계		전화번호		휴대폰번호	
	주소			관할보건소		
요양기관				사업자등록번호		
입원기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (일간)					
외래진료일						
총계 (A+B+C)	급여부분 진료비			비급여 부분 진료비 (C)		
	보험자부담액 (공단부담액) (A)		본인부담액 ¹⁾ (정부지원부분) (B)			
원	원		원	원		
서면청구 사유	☐ 자격확인이 되지 않아 요양기관에서 선지급 되지 않은 경우 ☐ 지원신청일부터 등록확정일까지의 진료분에 대해 소급 받는 경우 ☐ 해당상병에 의한 합병증의 진료비 중 본인부담금 ☐ 혈우병 입원특례자의 입원진료비 중 본인부담금 ※ 서면청구 사유에 해당하지 않는 경우에는 서면청구를 통한 지급이 불가하므로 주의					
위와 같이 희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금을 청구합니다. 신청인 (서명 또는 인) 년 월 일 국민건강보험공단 이사장 귀하						
검토의견						
신청계좌	금융기관명		예금주		계좌번호	
첨부서류 등	진료비 영수증(구분산정시 진료비상세내역 첨부가능) 원본 1부					

※ 위의 서식은 국민건강보험공단에 요양급여비용 중본인부담금을 서면으로 청구할 경우에만 사용.

※ 서면청구 영수증이 여러장인 경우 뒷면에 항목별 금액을 작성하고, 합계 금액을 음영에 작성

1) 본인부담금 제외항목 : 전액 본인부담금(100/100), 선별급여, 예비급여, 2·3인실 입원료, 본인부담금 상한제 사전급여

※ 본인부담금 제외항목은 본인부담액을 청구하여도 지급되지 않으므로 해당금액을 제외하고 본인부담액(B)을 입력하시기 바랍니다.

(뒷면)

희귀질환자 요양급여비용 중 본인부담금 외래/입원 진료 청구목록

요양기관 (요양기호)	진료기간 (진료일)	총계 (A+B+C)	급여부분 진료비		비급여 부분 진료비 (C)
			보험자부담액 (A)	본인부담액 (정부지원부분) (B)	
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
		원	원	원	원
합계		원	원	원	원

※ 합계금액을 앞면에 작성

[별지 제10호서식]

희귀질환자 요양비(만성신장병) 본인부담금 청구서						
환 자 명			주민등록번호			
질 환 명	(상병코드 :)					
신 청 인	관계		전화번호		휴대폰번호	
	주소			관할보건소		
입급은행명				예 금 주		
신청계좌						
요양기관				사업자등록번호		
진료기간	년 월 일 부터 (일간)					
총계 (A+B)	급여부분 진료비				비급여 부분 진료비	
	보험자부담액 (공단부담액) (A)		본인부담액 (정부지원부분) (B)			
원	원		원		원	
위와 같이 희귀질환자 요양비(만성신장병) 중 본인부담금을 청구합니다. 신청인 (서명 또는 인) 년 월 일 국민건강보험공단 이사장 귀하						
※ 작성요령 - 보험자부담액(복막관류 90% + 자동복막재료대 기준가액의 90%) - 본인부담액(복막관류 10% + 자동복막재료대 기준가액의 10%) = 정부지원부분 - 비급여 부분 진료비(자동복막 기준가액을 초과한 금액)						
첨부서류 등	처방전 및 업체 세금계산서 사본 각 1부. (원본은 국민건강보험공단 현금급여 지급팀에서 보관)					

※ 위의 서식은 국민건강보험공단에 만성신장병 요양비 본인부담금을 서면으로 청구할 경우에만 사용

[별지 제10호의2서식]

희귀질환자 요양비(만성신장병) 본인부담금 청구서[업체용]			
환자명		주민등록번호	
		휴대폰 번호	
질환명	(상병코드 :)		
진료기간	년 월 일 부터 (일간)		
청구업체명		사업자등록번호	
금융기관명		계좌번호	
예금주명		업체전화번호	
업체주소			
총계 (A+B)	급여부분 진료비		비급여 부분 진료비
	보험자부담액 (공단부담액) (A)	본인부담액 (정부지원부분) (B)	
원	원	원	원
위와 같이 희귀질환자 요양비(만성신장병) 중 본인부담금을 청구합니다.			
년 월 일 청구업체 대표 : (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하			
※ 작성요령 - 보험자부담액(복막관류90%+자동복막재료대 기준가액의 90%) - 본인부담액(복막관류10%+자동복막재료대 기준가액의 10%) = 정부지원부분 - 비급여 부분 진료비(자동복막 기준가액을 초과한 금액)			
지급결정액	원	지급년월일	년 월 일
첨부서류	1. 처방전 및 업체 세금계산서 사본 각 1부. (원본은 국민건강보험공단 현금급여 지급팀에서 보관) 2. [별지 제10호의3서식] 만성신장병 본인부담금 청구 위임장 (위임장은 의약품판매업소에 직접 지급하도록 요청한 경우에 한하여 1회만 제출)		

※ 위의 서식은 국민건강보험공단에 만성신장병 요양비 본인부담금을 서면으로 청구할 경우에만 사용

[별지 제10호의3서식]

만성신장병 본인부담금 청구 위임장

구 분	금 액	비 고
복막관류액	본인부담금(10%)	
복막투석 소모성 재료	본인부담금(10%)	

기재된 내용과 일치하는 복막관류액 및 자동복막투석의 소모성재료를 수령하였으며 의약품판매업소가 복막관류액 및 자동복막투석의 소모성재료 구입비를 청구할 수 있도록 위임합니다.

년 월 일

[의약품판매업소 담당자]

성명: _____ (서명 또는 인)
 주소: _____
 연락처: _____

[복막관류액 및 자동복막투석의 소모성재료 사용 환자 또는 보호자]

성명: _____ (서명 또는 인)
 주소: _____
 연락처: _____

※ 위임장 작성 년, 월, 일은 복막관류액 및 복막투석 소모성 재료 구입일로 기입
 (의약품판매업소에 직접 지급하도록 요청한 경우에 한하여 1회만 제출)

[별지 제11호서식]

희귀질환자 보조기기 구입비 청구서					
환 자 명				주민등록번호	
질 환 명	(상병코드 :)				
신 청 인	관계		전화번호		
	주소		휴대폰번호		
관할보건소					
입금은행명				예금주	
신청계좌					
신청금액	구입비 총액 (A+B+C)	급여부분		비급여부분 (C)	
		보험자부담액 (공단부담액) (A)	본인부담액 (정부지원부분) (B)		
보조기기 구입비	원	원	원	원	
위와 같이 지원되는 [보조기기 구입비]를 청구합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하					
검토의견					
첨부서류	※ 아래의 서류 첨부 - 보조기기 구입 영수증 원본 또는 원본대조필 1부				

[별지 제12호서식]

희귀질환자 본인부담금 청구서([]인공호흡기 []기침유발기)					
수진자 (환자명)		주민등록번호		연락처	
상병명	(상병코드 :)		관할보건소		
신청구분	☐ 인공호흡기 기기 월 대여료 ☐ 인공호흡기 기본소모품 ☐ 인공호흡기 선택소모품 ([]㉠ []㉡) ☐ 기침유발기 월 대여료				
인공호흡기	대여업소명		청구기간	~	
	모델명		관리번호		
기침유발기	대여업소명		청구기간	~	
	모델명		관리번호		
인공호흡기 계약금액 (기기 월 대여료)	[] 혼합형 [] 압력형 [] 볼륨형			원	
기본소모품 (공통)	[] 1세트 [] 2세트			원	
선택소모품㉠	[] 일반 일체형 커넥터		[] 1개 [] 2개	원	
	[] 일반·실리콘 튜브 연결형 커넥터		[] 1세트 [] 2세트	원	
선택소모품㉡	[] 코마스크(Nasal, Pillow Mask)		[] 겔	원	
	[] 코입마스크(Facial Mask)		[] 실리콘	원	
기침유발기					원
신청금액	총계 (A+B+C)	급여부분		비급여 본인부담 (C)	
		보험자부담액 (공단부담액) (A)	본인부담금 (정부지원부분) (B)		
총계	원	원	원	원	
수령계좌	가입자 또는 피부양자 계좌 []		금융기관명 :	계좌번호 :	
	대여업소 계좌 []		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 :	
위와 같이 [인공호흡기, 기본소모품, 선택소모품㉠, 선택소모품㉡, 기침유발기]를 청구합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하					
검토의견					
첨부서류	※ 신청구분에 따라 아래의 서류 첨부 - 인공호흡기 및 기침유발기 대여 영수증 1부 - 인공호흡기 기본소모품, 인공호흡기 선택소모품㉠ 또는 ㉡ 영수증 1부				

[별지 제13호서식]

선천성대사이상 환자 특수식이구입비 서면청구서					
환 자 명			주민등록번호		
질환명	(상병코드 :)				
신청인	관계		전화번호		
	주소		휴대폰번호		
관할보건소					
입금은행명		입금계좌		예금주	
신청 구분	☐ 특수조제분유 ☐ 저단백 즉석밥				
신청 금액	특수조제 분류	원			
	저단백 즉석밥	원			
관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수식이구입비 지원금을 청구합니다. 신청인 (서명 또는 인) 년 월 일 국민건강보험공단 이사장 귀하					
첨부서류	1. 영수증 1부 ※ 신청일로부터 1년 이내의 영수증만 유효함 2. 입금계좌통장 사본 1부 (최초 신청 시 또는 변경사항 발생 시에 한함) ※ 특수분유와 저단백 즉석밥은 별도로 지원되는 것이므로 각각의 지원금액 한도 이내에서만 지원 가능함				

[별지 제14호서식]

사용대차 확인서				
사용인 (환자가구)	성 명		생년월일	
	주 소			
	임대인과의 관계	☐ 임대인이 사용인의 부양의무자에 해당(관계 :) ☐ 임대인이 사용인의 부양의무자 외 2촌 이내의 혈족(관계:) ☐ 임대인이 제3자 ※ 부양의무자란 임차인과 1촌의 직계혈족 및 그 배우자를 의미(부모, 자녀, 사위, 며느리, 계부모)		
	임대인과의 함께 거주여부	☐ 임대인과 동일 주택등에 거주함 ☐ 임대인과 동일 주택등에 거주하지 않음		
사용내용	사용현황	☐ 환자가구가 방, 주방, 욕실 등 주택 전체를 독립적으로 사용할 수 있음 ☐ 환자가구 방, 주방, 욕실 중 일부만 독립적으로 사용할 수 있음		
	임대기간	20 . . . ~ 20까지		
	임대인에게 주는 대가	☐ 없음 ☐ 생활비 일부 보조 ☐ 육아 · 가사노동 ☐ 기타 다른 종류의 대가(대가 :)		
본인이 소유하고 있는 주택 등을 위 사용인(환자가구)에게 다음과 같이 사용대차하고 있음을 확인합니다. 년 월 일 임 대 인 주 소 : 성 명 : (인) 생 년 월 일 : 전 화 번 호 : () 특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 귀하				

[별지 제16호서식]

희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서					
※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.					
접수일		발급일		처리기간	즉시
대상자	성명		생년월일		
	주소(소재지)				
	지원대상 구분	☐ 요양급여 비용 중 본인부담금 ☐ 보조기기 구입비 ☐ 간병비 ☐ 인공호흡기 대여료 ☐ 기침유발기 대여료 ☐ 특수조제분유 ☐ 저단백즉석밥			
	질환명 표기여부	☐ ※선택 시 증명서에 질환명과 KCD코드가 표기됩니다.			
제출용도	용도				
	제출처				
희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 신청합니다. 년 월 일 신청인(담당자) : (서명 또는 인) 환자와의 관계 : () 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하					
첨부서류	없음				수수료 없음
처리 절차					
신청서 작성 ➔ 접수 ➔ 검토 ➔ 결재 ➔ 증명서 발급 신청인 보건소 보건소 보건소					

[별지 제16호의2서식]

증명서 위임장 또는 법정대리인 동의서						
위 임 장	위임을 받은 자	한글 (한자)()		생년월일		
	주 소				발급통수	
	사용용도		위임사유			관계
	본인의 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 위 사람에게 위임합니다.					
	년 월 일 위임자: 인 (생년월일 :) 주 소:					
법 정 대 리 인 동 의	(성명:)에 대한 증명서 발급을 동의합니다.					발급통수
	년 월 일 법정대리인 : (생년월일 :) 관계:					
	주소:					인감
※ 유의사항 1. 위임장 또는 법정대리인의 동의서에는 작성연월일을 기재하며, 유효기간은 위임 또는 동의일부터 기산하여 6월입니다. 2. 2부 이상의 희귀질환자 의료비지원사업 대상자 증명서를 발급받고자 하는 경우에는 위임장 또는 동의서의 발급통수란에 기재하여 신청하여야 합니다. 3. 미성년자 또는 한정치산자의 의료비지원사업 대상자를 위임발급 받고자 하는 경우에는 위임장과 법정대리인의 동의서를 모두 작성하여야 합니다. 4. 주민등록 말소자는 위임을 받을 수 없으며, 피위임자(위임자)가 제출하는 신분증은 [주민등록증, 자동차운전면허증, 여권, 장애인등록증(주민등록번호 및 주소가 기재되어 있지 아니한 장애인 등록증을 제외한다)] 중 하나를 선택하여 제출합니다. 5. 다른 사람의 인장이나 서명을 위조 또는 부정사용한 자(예 : 사망한 자의 위임장을 허위로 작성하여 인감증명서를 신청하거나 발급받은 자 등)는 「형법」 제231조 내지 제240조에 따라 처벌을 받을 수 있습니다. 6. 시설 수급자의 친부모인 법정대리인이 부재인 경우에는 법원의 선임에 따라 결정된 후견인이 법정 대리인입니다. 7. 대리발급을 받고자 하는 자는 본인의 인장을 날인하여 신청하여야 합니다.						

희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자 증명서

1. 성명:

(생년월일:)

2. 주소(소재지):

3. 지원 대상 구분

[] 영양급여 비용 중 본인부담금 [] 보조기기 구입비 [] 간병비
[] 인공호흡기 대여료 [] 기침유발기 대여료 [] 특수조제분유 [] 저단백즉석밥

※ 질환명 :

KCD코드 :

4. 제출용도:

(용 도)

(제출처)

희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자임을 증명합니다.

년 월 일

() 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장)

직인

[별지 제17호서식]

희귀질환자 의료비지원 사업 [				☐ 결정(적합)	] 통지서	
				☐ 결정(부적합)		

대 상 자	성 명		생년월일		전화번호	
	주 소				휴대전화	
	신청내용	희귀질환자 의료비 지원사업				
비 고						

1. 귀하가 신청한 지원사업에 대한 조사 결과 희귀질환자 의료비지원사업 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

지원대상자	생년월일	지원구분	지원개시일
		☐ 요양급여비용 중 본인부담금	
		☐ 보조기기 구입비	
		☐ 인공호흡기 대여료	
		☐ 기침유발기 대여료	
		☐ 간병비	
		☐ 특수조제분유	
		☐ 저단백 즉석밥	

☐ 부 적 합

부적합사유 (다중선택가능)	☐ 환자가구 소득초과 ☐ 환자가구 재산초과 ☐ 부양의무자가구 소득초과 ☐ 부양의무자 가구 재산초과 ☐ 기타()
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사·심의한 결과 위와 같은 사유로 의료비 지원이 부적합한 것으로 결정되었습니다. 2. 신규대상자의 경우 통보받은 날로부터 6개월 이후, 정기재조사자의 경우 퇴록사유발생일(정기재 조사 당해연도 6월 30일 또는 12월 31일)로부터 6개월 이후 재신청이 가능합니다. 단, 신규대상자 및 정기재조사 대상자 중 보건소에서 인정하는 사유가 있는 경우에는 6개월 이내에 재신청이 가능합니다.

1. 희귀질환자 의료비지원사업 신청 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.

2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.

- 의료비를 지원받으려는 사람은 보건소장의 처분에 이의가 있는 경우 「민원 처리에 관한 법률」 제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다.

년 월 일

담당자 : 소속과
성명

문의 전화번호

(

)
특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 ·구청장(보건소장)

직인

[별지 제18호서식]

이 의 신 청 서					처리기간 별도안내	
신청인	성 명		주민등록번호 (외국인등록번호)			
	주 소	(전화번호 :)				
대리 신청인	성 명		주민등록번호 (외국인등록번호 등)		신청인과의 관계	
	주 소	(전화번호 :)				
처 분 내 용		☐ 탈락 ☐ 보장내용변경 ☐ 기타				
처분이 있음을 안 연 월 일		년 월 일				
처분통지를 받은 경우 통지를 받은 연월일		년 월 일				
처분의 내용 또는 통 지 된 사 항						
이의신청 취지 및 사유						
「민원 처리에 관한 법률」 제35조에 따라 위와 같이 이의신청을 합니다. 년 월 일 신청인 (서명 또는 인) 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하						
구 비 서 류	1. 이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서류 1부 ※ 이의신청과 동시에 해당 서류 제출. 단, 부득이한 경우 14일 이내 제출하며 14일 초과시에는 이의신청이 취소됨 2. 신청인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류					수수료 없음

[별지 제19호서식]

1가구 2환자 특례자 외 대상자 개인정보 처리 동의서

성명

주민등록번호

질병관리청은 아래와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하고자 합니다. 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

■ 개인정보 수집·이용 내역

1. 개인정보 수집 · 이용 목적
 - 국민건강보험공단 산정특례 등록확인
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 - (필수) 성명, 주민등록번호
 3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 작성일로부터 2년
- ☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

(필수) 개인정보¹⁾ 수집·이용 동의

☐예 ☐아니요

■ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 자	제공 목적	항목	보유기간
건강보험공단	산정특례 등록확인	성명, 주민등록번호	2년

※ 위 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 진단서를 직접 제출하여야 합니다. 또한, 산정특례 등록질환으로 확인이 불가할시 진단서의 추가 제출이 필요할 수 있습니다.

 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까?

제3자 제공 동의

☐예 ☐아니요

■ 법정대리인 동의 (만 14세 미만인 경우 개인정보보호법 제22조 제6항에 의거 법정대리인의 동의가 필요합니다.)

법정대리인 성명	연락처	관계
(인/서명)		

개인정보파일은 위의 명시된 목적 외 제3자에게 제공되거나 이용되지 않습니다.

위의 사항을 확인 합니다.

이	이	이
---	---	---

동의인 : (서명 또는 인)
() 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

1) 개인정보보호법 제2조에 의한 “개인정보”란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함)를 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호)

소명서

(부양의무자와의 관계 단절 및 부양받을 수 없는 이유)

신청자 성명	
신청자 주민등록번호	
부양 의무자와의 관계(본인기준)	
소명내용 (구체적인 나이, 연도, 기간 등을 명시하여 서술식으로 작성)	
증빙자료	1. 소명서 2. 지출실태조사표

년 월 일
신청자(또는 작성자) : (인)

부양의무자 부양거부 및 기피 소명서

소명인	성 명		주민등록번호	
	주 소		연락처	
수급자	성 명		수급자와의 관계	
소명내용 (구체적으로 기재 후 증빙자료 첨부)				
부양의무자의 부양 거부 및 기피에 대한 조사와 관련하여 위와 같이 소명서를 제출합니다.				

년 월 일

작성자: (인)

[서식23호] 지출실태조사표

지 출 항 목		지출금액(원)	지 출 항 목		지출금액(원)
식비	1.식료품비		교통통신비	12.교통비	
	2.외식비(배달포함) 등			13.자동차유지비	
주거비	3.월세			14.전화요금(휴대전화포함)	
	4.관리비(수도.전기.가스.난방포함) 등			15.TV.인터넷이용료 등	
피복비	5.의복, 신발 등		기타	16.담배, 술값	
의료비	6.입원, 진료비			17.각종보험료(사회보험료포함)	
	7.의약품비			18.채무상환비	
	8.간병비 등			19.기타 생활용품 등	
교육비	9.보육관련비용(어린이집.유치원) 등				
	10.학교납입금				
	11.기타(학원, 학습지) 등				
합 계			() 원		

Ⅲ. 가구 총소득 () 원

IV. 추가 지원내역(소득이 지출에 비해 부족할 경우 보충 방법)

구분	관계 및 단체명	월평균 지원금(원)	비고
부모.자녀			
형제.친지			
단체.기관			
대출.카드			
기 타			
합계(물품은 금액으로 환산하여 기재)		() 원	

작성일 : 20 년 월 일

작성자 : (주 소)

(연락처)

(성 명)

인