		미숙	숙아	및	선천	성이	상아	의료	비기	원 /	신청	서			
		I											(접수	번호 :)
①임산부 성명 및 성 명: 생년월일 생년월일: 년 월 일			② 유0	② 유아성명 /성별 성명: □여 □남 ③배우자 (보호자)성명											
④-1) 주소					·			4)-2	2) 전화번	호					
⑤ 난임시술(난임 시	 술 종류					시		부담		
※난임시술을 신 하고 출산	통해 임 한 경우		제5	기수정	성 🗆 인공	· 당수정 □	해당없	<u> </u>		□ 국가지원 □ 자비 □ 기타					
⑥ 분만(진 딘 기관명	<u>†</u>)					⑦분만	일자(생년	년월일)							
⑧ 출생시 처	중		g (반드시	gm단	위로 작성)	9 임선	···기간 :	임신 ()주()일 분단	<u> </u>				
⑩ 선 천 성 이 선 (질병분류코드	상 질 병 명 <u>.</u>)	주상병) 부상병1) 부상병2)			⑪다E 출성	①다태아 및 □ 단태아 □ 쌍태아(생 출생순위 □ 상태아(생			상등이) → 쌍둥이 중 □ 첫번째 □ 두번째 쌍둥이 이상) → □ 쌍둥이 중 □ 번째				-번째 I째		
⑫ 입원치료기	 관명					⑬ 입	원기간		년 월	일 ~	년	월	일 (잍	!간)
									급여부는	 분 진료비					
[14] 진료비(원)		총진료비 (A + B + C+D)		환자부 ⁽ (A+	담금소계 C+D)	본인	부담금(A)	공단 <u>!</u> (부담금 B)	전액분	로인부담글 (C)	1	비급여 ⁵ 진료비	쿠분 (D)	
(15) 지급보증신 여부	······································	□ 예 □	아니오		16입금은	2행 및 계	행 및 계좌번호						'		
① 의료급여 수급권자		□ 1종 수급자 / □ 2종 수급자 □ 산정특례(질병코드)			↑/ □ 차상위 18 다자녀 회			녀 확인	()명의	자녀중 (()째	자녀 지	원	
ก นรเผล	구분	본인 🗆 지역				□ 직장		배우	자 등	□ 지'	역	□즈	l장		
(19) 건강보험 가 입 자	고지액	본인				원 배우기			자 등	5					원
		긴급의료비 등 국가지원				□ 없음 □ 있음(기관:					, 금액	:		원)	
20 국가지원 후원 등	<u>및</u> 확인	개인·단체 등 민간후원				□ 없음 □ 있음(내용 :				, 금액:				원)	
		환급금 수령여부				□ 없음 □ 있음(진료기간 :			:	, 금액:				원)	
② 유 의 사 항		- 허위 7 - 국민건:	배상 제외 ! 1급 및 지원	및 의료비 원 후 추 <i>7</i>	의료비 지급 시 환수 후 추가 후원이 발생하는 경우 환수처리 할 수 있음										
		유의사항 역	안내여부		□ 예 □] 아니오		환수 :	등 조치 시	도치 시 동의 동의자:				(서	명)
별지 관계서록 신청인 주소 본인과의 관계 신청자 성명 파주시·군·구청장(보건소장) 귀하				방부하여 성 병 또는 '		이 의료비	지원을 · 년	신청합니 월		일					
② 보건소장															
② 의료비지원 결정액(원):				@결정 (겨월일 :		25 X	.l급 연월일	일:						

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

미숙아	및	선천성이상아	의료비	지원사업	지원신청	및	지원대상자와	관련하여	「개인정보보호법」	제15조,	제17조,	제18조,	제23조,
제24조.	제2	6조의 규정에 5	의거 다음	의 본인 개	인정보 제공	- 및	활용에 동의합	니다.					

- 다 음 -

- □ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업:보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단
- □ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 대상자 선정 및 관리
- 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
- 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- □ 개인정보수집항목
- 미숙아 및 선천성이상아 부모:성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
- 미숙아 및 선천성이상아: 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
- 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족:성명,주민등록번호,주소,건강보험가입현황,건강보험료
- □ 개인정보보유 및 이용기간
- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- □ 개인정보 조회·열람·활용(행정정보 공동이용) 동의내용
- 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
- 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
- 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
- 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- □ 개인정보 수집 동의 거부

○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다

	<u> 1국에 대한 계단하</u> 도 <u>무</u> 밥 하라에 기포	$\frac{1}{2} + \frac{1}{2} + \frac{1}$	264 M2644.	
성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함	□동의함	□동의함	□동의함
	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음
	□동의함	□동의함	□동의함	□동의함
	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음
	□동의함	□동의함	□동의함	□동의함
	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음
	□동의함	□동의함	□동의함	□동의함
	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음	□동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

녉 일 20

동의자 성명	주민등록번호	관계	동의확인(서명)
			(인)

※ 관계표시 방법: 본인(의료비 지원신청자), 배우자, (시)부모, 조부모, 기타

※ 대상: 건강보험료 산정 시 가구원수에 포함되는 사람

미숙	r아 및 선천성	성이상아 의료	로비 지급	신청	서(지급보	중 요양	}기관	})
	임 산 부 (영유아)성 명			생년월일				
지원대상자	출생시 체중	g (반드시 gm단	위로 작성)	선천성이상질병명 (질병분류코드)				
	주 소							
	전화번호		핸드폰번호					
 신청 요양기관	기 관 명		전					
168 T8/15	주 소							
입 원 기 간		년 월	일 ~	년	월 일	(일간)		
진료비(원)	총 진 료 비 : (A+B+C) :	환 자 부 담 금 소 계 (A + C)	본 인 부 담 (A		여부분 진료 ^비 단 부 담 금 B)	전 액	본 인 ·(C)	비 급 여 부 분 진료비 (D)
입금은행 및 계좌번호						예금	수	
의료급여 수급권자	□ 1종/□ 2종/□] 특례종/ 🗆 차성	위 종					
위와 같이 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원대상자의 의료비지급을 신청합니다.								
					신청	요양기관의	니 장	(직인)
년 월 일 시·군·구청장(보건소장) 귀하								

[※] 필요한 경우 사용할 수 있으며, 의무 작성양식은 아닙니다.

● 지원신청

- 신청방법: 대상 영아의 부모가 (최종)퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서 류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청
 - * 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 기능
 - ** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 가능

- 제출서류

구 분	구비 서류
공통 서류	
해당 자 제출 추가	ㅣ _ 중지어ㅂ 미 중지기가 드오 하이하 ㅅ 이느 고므서ㄹ 대ᅰ 기느

● 지원신청

- 신청방법: 대상 영아의 부모가 (최종)퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서 류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청
 - * 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 가능
 - ** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 가능

- 제출서류

구 분	구비 서류
공통서류	122 22 1 100 12 1
해당 자 제출 추가	ㅣ _ 중지어ㅂ 미 중지기가 드오 하이하 人 이느 고므니고 대체 기느

● 지원신청

- 신청방법: 대상 영아의 부모가 (최종)퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서 류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청
 - * 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 기능
 - ** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 기능

- 제출서류

구 분	구비 서류
공통	128 28 1100 12 11
해당 자 제출 추기	- 입·되원확인서는 입원횟수별로 세출. 난, 신난서 상에 각각의 입·퇴원 신료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능 ■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)

◉ 지원신청

- 신청방법: 대상 영아의 부모가 (최종)퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서 류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청
 - * 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 가능
 - ** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 기능

- 제출서류

	, <u> </u>
구 분	구비 서류
공통	' ' ' '
해당 자 제출 추기	- 압·되원확인서는 입원횟수별도 세출. 난, 신난서 상에 각각의 압·되원 신료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능 ■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출) - 총지어님 및 총지기가 드은 확이하 스 이는 고무님은 대체 가느