

응급 이송 운임비 지원 신청서

신청인	성명			생년월일	
	연락처			분만예정일	
	주소(등본상)				
이송일			진단명(증상)		
출발지역			이송병원		이송수단 <input type="checkbox"/> 택시 <input type="checkbox"/> 129
신청경로	<input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 지인추천 <input type="checkbox"/> 보건소추천 <input type="checkbox"/> 현수막 <input type="checkbox"/> 기타				
환수조치 동의			교통비 영수증 첨부란		
<p>상기 고지사항에 허위의 사실이 있거나, 기타 거짓 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 제 347조에 의하여 형사상 처벌을 받을 수 있습니다.</p> <p>동의자 :</p> <p style="text-align: center;">(서명 또는 인)</p>			<p>"영수증" 부착</p> <p>(화천, 홍천, 양구, 철원, 인제군의 사업단 등록 산모에 한함)</p>		

위와 같이 「응급 이송 운임비」 지원을 신청합니다.

신청일	20
신청인	(서명 또는 인)
신청인과의 관계	

진단기준 및지원기준	진단기준	○당뇨병 ○만성고혈압 ○산후출혈 ○색전증 ○자궁파열 ○전치태반 ○임신성고혈압(임신중독증) ○자궁경관무력증 ○자궁내성장지연 ○양수과소증 ○양수과다증 ○조기분만진통 ○조기양막파수 ○태아기형 ○태반조기박리 ○기타 인정질환	
	증상기준	○질 출혈 ○고열 ○복통 ○설사 ○고혈압 환자에서의 두통 ○기타 사업단장 인정증상	
신청 시 구비 서류	본인	1. 응급 이송 운임비 지원 신청서 2. 질병 코드 표기서류(진단서/소견서 등) 3. 병원이용 증빙서류(진료비 영수증)	4. 교통비(이송운임) 영수증 5. 통장 사본 및 신분증 사본
	보호자	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)	
유의사항	- 제출된 서류는 심의 완료 후에도 일체 반환되지 않습니다. - 선정위원회 심의 결과에 따라 지원을 받지 못할 수도 있습니다.		



개인정보 수집·이용, 고유식별정보 처리 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용에 관한 사항
<input type="checkbox"/> 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 개인정보보호법 제23조(민감정보의 처리 제한), 개인정보보호법 제21조(개인정보의 파기), 보조금 관리에 관한 법률 개인정보보호법 제15조, 제23조에 의거 개인정보(민감정보)를 수집·이용할 경우 정보주체가 제공을 원하지 않을 경우 동의하지 않을 수 있으며 동의하지 않을 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다. 가. 개인(민감)정보의 수집·이용목적 <ul style="list-style-type: none">- 신청자 본인확인- 지원대상자 선정 및 관리- 의료비 지원사업 통계자료 활용 등 나. 보유·이용기간 <ul style="list-style-type: none">- 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기
개인정보 수집·이용에 관한 사항
■ 개인(식별)정보 <ul style="list-style-type: none">- 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 계좌번호, 사업등록번호 등 <input type="checkbox"/> 본인은 위와 같이 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
민감정보 수집·이용에 관한 사항
■ 민감정보(건강정보): 의료적 상황에 관한 정보 및 증빙 서류 <ul style="list-style-type: none">- 입·퇴원치료횟수, 의료기관명, 질병명, 질병코드, 진료기록 등 <input type="checkbox"/> 본인은 위와 같이 본인의 민감정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
고유식별정보의 처리에 관한 사항
<input type="checkbox"/> 개인정보보호법 제24조(고유식별정보의 처리제한) 개인정보보호법 제24조에 의거 고유식별정보를 처리할 경우 정보주체의 동의를 받아야 합니다. 고유식별번호 처리를 원하지 않을 경우 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다. <ul style="list-style-type: none">■ (수집·이용목적) 신청자 본인확인, 지원금 지급 시 본인 명의 계좌 진위 여부 확인■ (수집항목) 주민등록번호■ (보유·이용기간) 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기 <input type="checkbox"/> 본인은 위와 같이 본인의 고유식별번호를 처리하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
개인정보 제3자 제공 동의
<input type="checkbox"/> 개인정보 보호법 제17조(개인정보의 제공) <ul style="list-style-type: none">■ (제공받는 기관) 강원특별자치도, 보건소 및 보건의료원, 강원대학교병원■ (개인정보를 제공 받는 기관의 개인정보 이용 목적) 의료비 지원 관련 심사■ (제공되는 개인정보 항목) 성명, 생년월일, 주소, 연락처■ (보유 및 이용 기간) 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기■ (동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 제한사항) 귀하는 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의를 거부할 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다. <input type="checkbox"/> 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>

※ 본인은 고위험 임신부 의료비 지원 관련 '개인정보보호법'등 관련 법규에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제공 동의 여부에 관하여 이해하고, 작성하였음을 확인합니다.

20 년 월 일

성명 : 서명 또는 (인)

분만 취약지 안전한 출산 인프라 구축 사업단 귀하