접수번호	2 -

임신중독증(전자간증) 선별검사 비용 지원 신청서

신청인	성명		생년월일	
	연락처		사업 등록번호	사업단 작성
	주소(등본상)			
분만(예정)일		검사일시		
환수조치 동의	상기 고지사항에 허위의 사실이 있거나 타 국가 의료비 지원을 받은 경우, 기타 거짓 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 제 347조에 의하여 형사상 처벌을 받을 수 있습니다. 동의자 : (서명 또는 인)			

위와 같이 「임신중독증(전자간증) 선별검사」
비용 지원을 신청합니다.

신청일	20 . . .
신청인	(서명 또는 인)
신청인과의 관계	

지원기준	안전한 출산 인프라 구축 사업단 임산부만 지원 가능	
	① 검사일 기준 임신주수 20주 이후인 임산부 ② 전자간증 과거력, 비만, 만성고혈압, 다태 임신, 당뇨 등 위험요인이 있어 임신중독증(전자간증) 선별검사가 필요한 임산부 ③ 이외 사업단장이 인정하는 의학적으로 임신중독증 선별검사(전자간증)가 필요한 임산부	
신청 시 구비 서류	본인 신청	1. 임신중독증(전자간증) 선별검사 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 임신중독증(전자간증) 선별검사 결과서 4. 통장 사본 및 신분증(현재 거주지) 사본
	보호자 신청시	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)
유의사항	- 신청기한을 엄수해주세요. (검사시행일로부터 2개월 이내) - 제출된 서류는 심의 완료 후에도 일체 반환되지 않습니다.	

개인정보 수집·이용, 고유식별정보 처리 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용에 관한 사항

□ **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
- 신청자 본인확인
- 지원대상자 선정 및 관리
- 의료비 지원사업 통계자료 활용 등

나. 보유·이용기간
- 신청 접수일로부터 **5년간** 보관 후 파기

개인정보 수집·이용에 관한 사항

■ **개인(식별)정보**
- 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 계좌번호, 사업등록번호, 가족관계증명서 등

※ 본인은 위와 같이 본인의 **개인정보를 수집·이용**하는 것에 동의합니다. **(동의함 □ 동의하지 않음 □)**

민감정보 수집·이용에 관한 사항

■ **민감정보(건강정보): 의료적 상황에 관한 정보 및 증빙 서류**
- 의료기관명, 진료일, 진료기록, 검사결과 등

※ 본인은 위와 같이 본인의 **민감정보를 수집·이용**하는 것에 동의합니다. **(동의함 □ 동의하지 않음 □)**

고유식별정보의 처리에 관한 사항

□ **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.

■ **(수집·이용목적)** 신청자 본인확인, 지원금 지급 시 본인 명의 계좌 진위 여부 확인
■ **(수집항목)** 주민등록번호
■ **(보유·이용기간)** 신청 접수일로부터 **5년간** 보관 후 파기

※ 본인은 위와 같이 본인의 **고유식별번호를 처리**하는 것에 동의합니다. **(동의함 □ 동의하지 않음 □)**

개인정보 제3자 제공 동의

□ **개인정보 보호법 제17조(개인정보의 제공)**

■ **(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.

※ 위와 같이 **개인정보를 제3자에게 제공하는데** 동의합니다. **(동의함 □ 동의하지 않음 □)**

※ 본인은 고위험 임산부 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