「암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 일부개정」

1. 개정이유

2021년 암환자의료비지원사업 대상자 선정 기준 마련을 위하여 건강보험료 및 소득·재산 기준을 조정하고, 건강보험가입자 중 대상 인정 허용범위, 의료급여수급권자 지원 한도 및 서식 개선 등 세부사항을 정비하여 운영 과정상 미비점을 보완하기 위함

2. 주요내용

가. 차상위 본인부담 경감대상자 및 의료급여수급권자의 지원 한도액 변경(제3조)

- 당해 연도 본인부담 진료비 300만원

나. 의료비 지원기간(제4조)

- 건강보험가입자 삭제, 차상위 본인부담 경감대상자 구분

다. 의료비 지원절차(제5조제3항)

- 관할 보건소 담당 공무원의 지원신청 대리

라. 의료비 지원대상 선정기준 변경(안 별표1)

- 소득·재산 기준 변경
  · 소아 암환자 지원대상 선정을 위한 소득·재산기준 조정
- 성인 건강보험가입자 선정 기준 변경(차상위 본인부담 경감대상자)

마. 암환자 의료비 지원 서식 개선(안 별지 서식)

- 등록 신청서의 신청 구분 및 의료보장 변경, 대리신청인 항목 추가
- 지원신청서의 신청 구분 및 의료보장 변경, 대리신청인 항목 추가

- 개인정보 이용·제공 동의서 용어 변경(퇴록→지원사업 후)
- 지원대상자 결정 통보서 대상 구분 및 문구 변경
- 위임장 대리인의 구분 및 보건소 소속 공무원 신청 대리 여부 추가

3. 참고사항

가. 관계법령 : 「암관리법」

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합　　의 : 별도조치 필요 없음

라. 첨　　부 : 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 일부 개정안

보건복지부고시 제2021- 호

「암관리법」 제13조 및 같은 법 시행령 제10조의 규정에 의하여 「암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시」(보건복지부고시 제2021-00호, 2021.0.00)를 다음과 같이 개정·발령합니다.

2021년 월 일

보건복지부장관

암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 일부개정

암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 일부를 다음과 같이 개정한다.

제3조제2항을 다음과 같이 하며, 제3항과 제4항은 삭제한다.

② 제1항에 해당하지 않는 암환자 중 다음 각 호에 해당하는 자에 대한 의료비 지원한도액은 당해 연도 본인부담 진료비 300만원으로 한다.

1. 국민건강보험 가입자 및 피부양자 중 차상위 본인부담 경감대상자인 암환자
2. 의료급여수급자 중 암환자

제4조제2항을 다음과 같이 한다.

② 제1항에 해당하지 않는 암환자 중 다음 각 호에 해당하는 자에 대한 의료비는 지원개시 연도 기준 최대 3년간 연속 지원한다.

1. 국민건강보험 가입자 및 피부양자 중 차상위 본인부담 경감대상자인 암환자
2. 의료급여수급자 중 암환자

제5조제3항을 다음과 같이 한다.

③ 보건소장은 신청자가 동의하는 경우 관할 보건소 담당 공무원으로 하여금 지원신청을 대리하거나 매년 선정기준을 확인하여 지원자격을 확인 또는 갱신할 수 있다.

별표1을 별지와 같이 한다.

별지 제1호서식, 제4호서식, 제4호의1서식, 제7호서식, 제7호의1서식, 제11호서식, 제15호서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(지원기준 경과조치) 이 고시 시행 전에 사유가 발생한 자의 의료비 지원기준은 종전의 규정에 따른다. 다만, 건강보험가입자 중 차상위 본인부담 경감대상자 또는 의료급여수급권자는 그러하지 아니하다.

신·구조문대비표

현행	개정안
제3조(의료비 지원 한도액) (생략) ② 제1항에 따른 환자 외에 국가암검진사업에 따라 암으로 진단받은 국민건강보험가입자 및 피부양자에 대한 의료비 지원한도액은 당해 연도 본인부담 진료비 중 본인일부부담금 200만원으로 한다. ③ 제1항에 따른 환자 외에 의료급여수급자 중 암환자에 대한 의료비 지원한도액은 당해 연도 본인부담 진료비 중 본인일부부담금 120만원, 비급여 본인부담금 100만원으로 한다. ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 제1항에 따른 환자 외에 폐암환자에 대한 의료비 지원한도액은 다음 각 호의 구분에 따른 금액으로 한다. 1. 국민건강보험가입자 및 피부양자의 경우 : 당해 연도 본인부담 진료비 중 본인일부부담금 200만원 2. 의료급여수급자의 경우 : 당해 연도 본인부담 진료비 중 본인일부부담금 120만원, 비급여 본인부담금 100만원	제3조(의료비 지원 한도액) (현행과 같음) ② 제1항에 해당하지 않는 암환자 중 다음 각 호에 해당하는 자에 대한 의료비 지원한도액은 당해 연도 본인부담 진료비 300만원으로 한다. 1. 국민건강보험 가입자 및 피부양자 중 차상위 본인부담 경감대상자인 암환자 2. 의료급여수급자 중 암환자 (삭제) (삭제)
제4조(의료비 지원기간) ① (생 략) ② (생 략). 1. 국가암검진사업에 따라 암으로 진단 받은 국민건강보험가입자 및 피부양자 2. (생 략) 3. 폐암환자	제4조(의료비 지원기간) ① (현행과 같음) ② (현행과 같음) 1. 국민건강보험 가입자 및 피부양자 중 차상위 본인부담 경감대상자인 암환자 2. (현행과 같음) 3. (삭 제)
제5조(의료비 지원절차) ① (생 략)	제5조(의료비 지원절차) ① (현행과 같음)

② (생 략) ③ 보건소장은 신청자가 동의하는 경우 매년 선정기준을 확인하여 지원자격을 갱신할 수 있다.	② (현행과 같음) ③ 보건소장은 신청자가 동의하는 경우 관할 보건소 담당 공무원으로 하여금 지원신청을 대리하거나 매년 선정기준을 확인하여 지원자격을 갱신할 수 있다.

[별표1]

의료비 지원대상 선정기준(제2조 관련)

1. 소아암 환자

<table>
<tr><th>구분</th><th>기준</th></tr>
<tr><td>지원대상</td><td>- 등록신청일 기준 18세 미만의 자
- 기 지원대상자 중 2021년도에 18세가 도래하는 자</td></tr>
<tr><td>지원암종</td><td>- 악성신생물(C00~C97), 제자리신생물(D00-D09), 행동양식 불명 및 미상의신생물(D37~D48)중 일부(D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5)
* 질병분류는 통계청 고시 제2015-309호 『한국표준질병·사인분류』에 의함</td></tr>
<tr><td>소득기준</td><td>- 소득(원/월, 해당금액 이하), ‘2021년 기준 중위소득 120% 적용’
<table>
<tr><td>1인 2,193,397</td><td>2인 3,705,695</td><td>3인 4,780,740</td></tr>
<tr><td>4인 5,851,548</td><td>5인 6,908,848</td><td>6인 7,954,324</td></tr>
<tr><td>7인 8,996,638</td><td></td><td></td></tr>
</table>
* 8인 가구 10,038,952원
* 8인 이상 가구의 경우, 1인 증가 시마다 1,042,314원씩 증가</td></tr>
<tr><td>재산기준</td><td>- 재산(원, 해당금액 이하)
<table>
<tr><td>1인 214,599,453</td><td>2인 250,865,583</td><td>3인 276,646,043</td></tr>
<tr><td>4인 302,324,892</td><td>5인 327,679,799</td><td>6인 352,751,165</td></tr>
<tr><td>7인 377,746,705</td><td></td><td></td></tr>
</table>
* 8인 가구 402,742,245원
* 8인 이상 가구의 경우, 1인 증가 시마다 24,995,540원씩 증가</td></tr>
</table>

2. 성인 암환자

가. 건강보험가입자

구분	기준
지원대상	건강보험가입자 및 피부양자 중 차상위 본인부담 경감대상자
지원암종	악성신생물(C00~C97), 제자리신생물(D00-D09), 행동양식 불명 및 미상의 신생물(D37~D48)중 일부(D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5) * 질병분류는 통계청 고시 제2015-309호 「한국표준질병·사인분류」에 의함

나. 의료급여수급자

구분	기준
지원암종	악성신생물(C00~C97), 제자리신생물(D00-D09), 행동양식 불명 및 미상의 신생물(D37~D48)중 일부(D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5) * 질병분류는 통계청 고시 제2015-309호 「한국표준질병·사인분류」에 의함

암환자 의료비 등록 신청서

신청구분	☐ 건강보험가입자[소아] ☐ 의료급여수급자[소아] ☐ 건강보험가입자[성인] ☐ 의료급여수급자[성인]			
등록 대상자 (환자)	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
	지급계좌	금융기관: 예금주: 계좌번호:		
	이메일주소			
	가구원수 (환자 포함)	명	만족도 조사 참여 여부	☐ 예 ☐ 아니오
신청인 (대리신청인)	성명		주민등록번호	
	구분	☐ 본인 ☐ 가족 및 친족 ☐ 보건소 공무원 ☐ 기타 (환자와의 관계:) ※ 기타: 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람	전화번호	
진단정보	상병명		상병코드	
	진단기관		최초진단일	
	전화번호		소재지	
의료보장	☐ 건강보험가입자 ☐ 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자 ☐ 의료급여수급자 (☐ 1종/ ☐ 2종)			
후원여부	국가지원금	☐ 없음 ☐ 있음 (기관: , 금액:)		
	☐ 재난적의료비지원사업 ☐ 긴급지원사업 ☐ 장애인복지지원사업 ☐ 보훈지원 ☐ 희귀질환자의료비지원사업 ☐ 석면피해구제급여 ☐ 산재보상서비스 ☐ 기타			
	개인·단체 후원	☐ 없음 ☐ 있음 (내용: , 금액:)		
	공단 환급금	☐ 없음 ☐ 있음 (진료기간: , 금액:)		
대상자 적합 여부 통보방법	☐ 전화 ☐ 문자메시지(SMS) ☐ 이메일(e-mail) ☐ 서면			

환수조치 시 안내
타 국가 의료비 지원을 받거나, 거짓, 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 및 관련 법률에 의해 처벌받을 수 있습니다. 환급·환수에 대한 안내 여부 ☐ 예 ☐ 아니오 환수조치 시 동의 동의자 : (서명)

향후 보건소장 등록신청 동의 안내
동의 시 향후 지원가능기간 동안 본인 혹은 보호자가 아닌 관할 보건소장이 암환자의료비지원사업의 등록신청을 합니다. 단, 대상자의 정보가 변경되는 경우 본인 혹은 보호자가 직접 등록신청을 해야합니다.
보건소장 등록신청 동의 여부 ☐ 예 ☐ 아니오

위와 같이 암환자 의료비 지원대상자로 등록 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)
신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

_____ **보건소장 귀하**

제출서류	
신청자 제출 서류	1. 등록신청서 2. 진단서 (진단일자, 진단명 명시) 3. 개인정보 이용제공동의서 (환자용 1부, 보호자/가구원용 1부) 4. 금융정보 등 제공 동의서 5. 소득재산조사 관련 서류 (건강보험가입자[소아]에 해당) - 소득재산 정보제공 동의서 - 소득재산부채 관련 서류 6. 위임장 (위임하는 경우)
해당자 제출	1. 전문의 소견서 2. 암 검진 결과 통보서 (건강보험가입자[성인]) 3. 외국인 등록사실증명서 4. 가족관계등록부 증명서
보건소 담당자 확인 사항	1. 건강보험증 또는 의료급여사본 2. 건강보험료 납부확인서 (건강보험가입자[성인]) 3. 주민등록등(초)본

행정정보 공동이용 사전 동의서
본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 보건소 담당자 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 아니하는 경우에는 민원인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다. 민원인 (서명 또는 인)

암환자 의료비 지원 신청서(환자용)

신청구분	☐ 건강보험가입자[소아] ☐ 의료급여수급자[소아] ☐ 건강보험가입자[성인] ☐ 의료급여수급자[성인]			
지원 대상자 (환자)	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	상 병 명		상 병 코 드	
	지급계좌번호		은행/예금주	
	의료보장	☐ 건강보험가입자 ☐ 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자 ☐ 의료급여수급자 (☐1종 / ☐2종)		
신청인 (대리신청인)	성 명		구분	☐ 본인 ☐ 가족 및 친족 ☐ 보건소 공무원 ☐ 기타 (환자와의 관계:) ※ 기타: 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람
	전화번호			
후원 여부	국가 지원금	☐ 없음 ☐ 있음 (기관 : ,금액 :)		
	☐ 재난적의료비지원사업 ☐ 긴급지원사업 ☐ 장애인복지지원사업 ☐ 보훈지원 ☐ 희귀질환자의료비지원사업 ☐ 석면피해구제급여 ☐ 산재보상서비스 ☐ 기타			
	공단환급금	☐ 없음 ☐ 있음 (진료기간 : ,금액 :)		
	개인 · 단체후원	☐ 없음 ☐ 있음 (내용 : ,금액 :)		

※ 지원 신청내역

금회 신청건수	년	총 ( ) 건			
	년	총 ( ) 건			
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금	원	비급여 본인부담금	원	
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금	원	비급여 본인부담금	원	

※ 총 지원현황

구분	지급한도액	기지급액	금회 지급 결정액			예상잔액
			계	본인 일부부담금	비급여 본인부담금	
년	원	원	원	원	원	원
년	원	원	원	원	원	원
년	원	원	원	원	원	원

위와 같이 암환자 의료비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

_____ **보건소장** 귀하

※ 세부신청내역

순번	의료비 발생연도	요양기관	진료 구분	진료일자 (시작일~종료일, 기간)	영수증 발행내역				신청 금액	
					총 진료비 (A+B+C)	급여 진료비		비급여 부담금(C)	법정본인 부담금	비급여 부담금
						법정본인 부담금(A)	보험자 부담금(B)			
1	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
2	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
3	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
4	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
5	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원

※ 유의사항
- ○ 조혈모세포 이식비용, 가발비 등 비의료비는 영수증 발행기관, 영수증 일자, 신청금액만 기재하고, [비급여 부담금]에 기재함
- ○ 세부신청내역은 서면으로 작성시에만 사용하며, 필요시 편집 및 추가 기재할 수 있으며, 정보시스템 상에서 입력한 내역을 출력하거나 관련 엑셀 서식으로도 대체 가능함

총 신청금액	급여	비급여
	원	원

■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제4호의1서식] (앞 쪽)

암환자 의료비 지원 신청서(요양기관용)

신청구분	□ 건강보험가입자[소아] □ 의료급여수급자[소아] □ 건강보험가입자[성인] □ 의료급여수급자[성인]			
지원 대상자	성 명		주민등록 번호	
	주 소			
	상 병 명		상 병 코 드	
	의료보장	□ 건강보험가입자 □ 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자 □ 의료급여수급자 (□1종 / □2종)		
신청기관	기관명		전화번호	
	주 소			
	지급계좌번호		은행/ 예금주	
후원여부	국가 지원금	□ 없음 □ 있음 (기관 : ,금액 :)		
	□ 재난적의료비지원사업 □ 긴급지원사업 □ 장애인복지지원사업 □ 보훈지원 □ 희귀질환자의료비지원사업 □ 석면피해구제급여 □ 산재보상서비스 □ 기타			
	공단환급금	□ 없음 □ 있음 (진료기간 : ,금액 :)		
	개인 · 단체후원	□ 없음 □ 있음 (내용 : ,금액 :)		

※ 지원 신청내역

금회 신청건수	년	총 ( ) 건			
	년	총 ( ) 건			
진료기간	입원	최초 년 월 일 ~ 마지막 년 월 일 (총 일간)			
	외래	최초 년 월 일 ~ 마지막 년 월 일 (총 일간)			
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금	원	비급여 본인부담금	원	
년	총진료비 (A+B+C)	환자부담금 소계(A+C)	급여부담금 소계		비급여 부담금(C)
			본인일부부담금(A)	보험자부담금(B)	
	원	원	원	원	원
신청 소계	본인일부부담금	원	비급여 본인부담금	원	

위와 같이 암환자 의료비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청 요양기관의 장 : (직인)

_____ 보건소장 귀하

※ 세부신청내역

순번	의료비 발생연도	요양기관	진료 구분	진료일자 (시작일~종료일, 기간)	영수증 발행내역				신청 금액	
					총 진료비 (A+B+C)	급여 진료비		비급여 부담금(C)	법정본인 부담금	비급여 부담금
						법정본인 부담금(A)	보험자 부담금(B)			
1	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
2	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
3	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
4	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
5	년		□ 입원 □ 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기 간: 총 ( ) 일(회)	원	원	원	원	원	원
※ 유의사항 ○ 세부신청내역은 요양기관에서 발행하는 진료내역서로 대체 가능하되, 해당항목이 모두 기재되어야 함 ○ 정보시스템 상에서 입력한 내역을 출력하여 사용하거나 관련 엑셀 서식으로도 대체 가능함								총 신청금액	급여	비급여
									원	원

■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제7호서식]

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서(환자용)

1/3

성명		주민등록번호	-
주소		연락처	

1. **개인정보를 제공받는 기관 및 사업** : 보건복지부, 국립암센터, 시·도 및 시·군·구 보건소, 암환자의료비지원사업

2. **개인정보화일(DB)수집의 목적**
   - 보건복지부 암환자의료비지원사업 대상자 선정 및 관리 (동 사업을 신청한 대상자의 관할 시·도 및 시·군·구 보건소에서 대상자 선정 및 관리를 위한 개인정보 수집·이용관리)
   - 동 사업과 관련되어 국민건강보험공단으로부터 검진정보, 급여내역, 건강보험정보, 재난적 의료비지원 여부 등의 자료를 제공받을 때 활용
   - 사회보장정보시스템을 통한 타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 자료를 제공받을 때 활용
   - 사회보장정보시스템을 통한 소득·재산 조사 시 자료를 제공받을 때 활용
   - 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
   - 암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용
   - 암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용

3. **개인정보 수집 항목**
   - 의료비지원 대상자의 정보 (성명, **주민등록번호, 외국인등록번호**, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 계좌번호, 상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융 정보(소아암환자에 한함), 보장변동정보, 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) 주민등록등본, 인적변동사항, 개인전출입)
   - 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력 등 유사서비스 중복수혜이력

4. **개인정보 보유 및 이용 기간: 사업 종료 시**

5. **개인정보의 수집·이용 동의 여부**
   - 개인정보 수집·이용을 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

본인은 개인정보보호법 제15조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보[1]를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	□ 동의함 □ 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 민감정보[2]를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	□ 동의함 □ 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보[3]를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함) 할 것을 동의합니다.	□ 동의함 □ 동의하지 않음

※ 주민등록번호는 암관리법 제13조 및 암관리법 시행령 제10조의3, 사회복지사업법 시행령 제 25조의2에 의해 수집하고 있습니다.

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, 전자메일주소, 계좌번호, 인적변동사항, 개인전출입)
2) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 건강 등에 관한 정보(상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융정보, 보장변동정보, 장애인 등록정보, 주민등록등본, 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)
3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 :「주민등록법」제7조제3항에 따른 주민등록번호,「출입국관리법」제31조제4항에 따른 외국인등록번호 등

6. 제3자에게 제공 및 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간
- 제3자에게 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

(필수 동의)

개인정보를 제공받는 자	이용목적	제공항목	보유 및 이용기간
사회보장정보시스템	타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 확인	성명, 주소, 주민등록번호, 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	영구
	소아암환자 가구원의 소득 재산에 관한 공적자료 조회	성명, 주소, 주민등록번호	지원사업 후 5년
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	지원사업 후 3년
행정정보공동이용	주민등록등본, 건강보험증 등 확인	성명, 주민등록번호	4년
암환자 대상 타 지원사업 수행기관	타 법규에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스와의 중복수급 여부 확인	성명, 주민등록번호, 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	서비스 제공 종료시까지

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(선택 동의)

사업 만족도 조사를 위한 수행기관	암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책연구개발	성명, 지역, 전화번호, 휴대폰번호	만족도조사 종료시까지

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 사업 만족도 조사를 위해 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 만족도 조사를 위한 개인정보의 제 3자 제공은 선택사항이므로, 동의하지 않아도 암환자의료비지원에 불이익이 없습니다.

7. 미성년자의 개인정보 동의 여부
- 개인정보보호법 제22조5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 개인정보보호법 시행령 제17조에 의거하여 동법 제22조5항에 따라 만 제14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
법정대리인 연락처		※ 환자가 미성년자인 경우 작성	

8. 개인정보 취급자의 연락처
환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료비지원사업 업무담당자

9. 개인정보 열람요구 및 절차
보건소 암환자의료비지원사업 담당자에게 연락하시기 바랍니다.

암환자의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 이용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다. 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조회에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

_____시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

암환자의료비지원사업 개인정보 이용 제공 동의서 (가구원/보호자용)

환자 성명		동의자 성명	
환자와의 관계		동의자 연락처	

1. **동의자** : 지원대상자의 보호자 또는 지원대상자 중 소득·재산 조사 실시 대상 소아 암환자의 가구원

동의자 성명	주민등록번호	주소	동의확인 (서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)

2. **개인정보를 제공받는 기관 및 사업** : 보건복지부, 국립암센터, 시·도 및 시·군·구 보건소, 암환자의료비지원사업

3. **개인정보화일(DB)수집의 목적**
   - 보건복지부 암환자의료비지원사업 대상자 선정 및 관리(동 사업을 신청한 대상자의 관할 시·도 및 시·군·구 보건소에서 대상자 선정 및 관리를 위한 개인정보 수집·이용·관리)
   - 사회보장정보시스템을 통한 소득·재산 조사 시 자료를 제공받을 때 활용
   - 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
   - 암환자의료비지원사업 정책에 필요한 경우 활용
   - 암 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용

4. **개인정보 수집 항목**
   - 의료비지원 대상자의 환자 가구원 또는 보호자의 정보 (성명, **주민등록번호, 외국인등록번호**, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융 정보(소아암환자에 한함))

5. **개인정보 보유 및 이용 기간** : **사업 종료 시**

6. **개인정보의 수집·이용 동의 여부**
   - 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

본인은 개인정보보호법 제15조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보[4]를 제공할 것을 동의합니다.	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 민감정보[5]를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
본인은 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보[6]를 제공할 것을 동의합니다.	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 주민등록번호는 암관리법 제13조 및 암관리법 시행령 제10조의3, 사회복지사업법 시행령 제 25조의2에 의해 수집하고 있습니다.

4) 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)

5) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 건강 등에 관한 정보(상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 소득 및 재산 금융정보, 보장변동정보, 장애인 등록정보, 주민등록등본, 타법에 의해 실시되는 공공부조, 사회서비스 수혜이력으로서 유사서비스 중복수혜이력)

6) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 :「주민등록법」 제7조제3항에 따른 주민등록번호,「출입국관리법」 제31조제4항에 따른 외국인등록번호 등

7. **제3자에게 제공 및 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간**
   - 제3자에게 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 암환자의료비지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

(필수 동의)

개인정보를 제공받는 자	이용목적	제공항목	보유 및 이용기간
사회보장 정보시스템	**타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 확인**	성명, 주소, **주민등록번호,** 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	**영구**
	소아암환자 가구원의 소득 재산에 관한 공적자료 조회	성명, 주소, **주민등록번호**	**지원사업 후 5년**
국민건강보험공단	**건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적의료비지원사업 중복수급 여부 확인**	성명, **주민등록번호,** 수혜이력 정보	**지원사업 후 3년**
행정정보공동이용	**주민등록등본, 건강보험증 등 확인**	성명, **주민등록번호**	**4년**
암환자 대상 타 지원사업 수행기관	**타 법규에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스와의 중복수급 여부 확인**	성명, **주민등록번호,** 암환자의료비지원사업 자격결정·수혜이력 정보	**서비스 제공 종료시까지**

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ **동의함** ☐ **동의하지 않음**

(선택 동의)

사업 만족도 조사를 위한 수행기관	**암환자의료비지원사업 수행 및 관련 정책연구개발**	성명, 지역, 전화번호, 휴대폰번호	**만족도조사 종료시까지**

본인은 개인정보보호법 제17조의1에 의거하여 사업 만족도 조사를 위해 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ **동의함** ☐ **동의하지 않음**

※ 만족도 조사를 위한 개인정보의 제 3자 제공은 선택사항이므로, 동의하지 않아도 암환자의료비지원에 불이익이 없습니다.

8. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 개인정보보호법 제22조5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정 대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있음.
- 개인정보보호법 시행령 제17조에 의거하여 동법 제22조5항에 따라 만 제14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

9. 개인정보 취급자의 연락처

- 환자의 주민등록지 관할 보건소 암환자의료비지원사업 업무담당자

10. 개인정보 열람요구 및 절차

- 보건소 암환자의료비지원사업 담당자에게 연락하시기 바랍니다.

암환자의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 이용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다. 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조회에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

_____시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

■ 암환자에 대한 의료비 지원기준 등에 관한 고시 [별지 제11호서식]

암환자의료비지원사업 지원 대상자 결정 통보서

환자 인적 사항	성 명		주민등록번호	
	주 소		연락처	
	통보 건	☐ 개별 등록 신청 ☐ 보건소장의 등록 위임		
	대상구분	☐ 소아 암환자 ☐ 성인 건강보험가입자(5대암 및 폐암) ☐ 성인 건강보험가입자(차상위본인부담경감대상자) ☐ 성인 의료급여수급자		
☐ 적합	○ 지원 신청 기간 및 방법 - 분기 내 의료비 신청 가능하시며, 필요 시 1개월 단위로 신청 가능합니다. - 요양기관에서 암 치료비를 납부하신 후 **진료비 영수증 또는 진료비 세부내역** 등을 첨부하여 **암환자 주민등록지 관할 보건소로 암환자 의료비 지원금을 신청**하여 주시기 바랍니다. - **전액본인부담금**은 급여항목일지라도 **비급여 본인부담금으로 산정**합니다. - 예산 부족 등 불가피한 경우 **입금조치 기간이 지연**될 수 있습니다. ○ 변경 사항 신고 귀하의 의료보장 변동이 있는 경우(건강보험가입자 <-> 의료급여수급자(차상위 C, E)) 및 주민등록지 이전 시 전입·전출일 기준 관할 보건소가 변경되므로 각 전입·전출지 보건소로 해당 사항을 알려주시기 바랍니다. ○ 본 암환자의료비지원사업은 암환자/보호자가 실제 납부한 암 의료비에 대해 지원이 가능하므로 타 국가 지원금, 공단환급금, 개인·단체 후원금 지급 내역을 반드시 신고하여 주시기 바랍니다. - 보건소는 후원금 및 타 국가 지원금 유무를 확인 후 지원 가능한 금액을 산정하며 귀하로부터 지원금을 환수 및 차감할 수 있습니다. - 타 법률에 의한 암 치료비와 관련된 국가 지원금을 선지원 받으신 경우 암환자 의료비 연간 최대 지원 상한금액에서 타 국가 지원금을 공제한 차액까지만 지원합니다.			
☐ 부적합	○ 재등록 신청 안내 - 소아 암환자 중 건강보험가입자의 경우 '**재등록 신청일**'은 해당 연도 내 관련 **구비서류를 모두 첨부**하여 **관할 보건소**에 **암환자 의료비 등록 신청서**를 **재제출한 날** 입니다. - 소아 암환자 중 건강보험가입자가 소득·재산 조사결과에서 '부적합' 판정을 받으셨다면 해당 연도 **첫 등록 신청일로부터 6개월 이후 재등록 신청**하실 수 있습니다. - 성인 건강보험가입자 중 1월 건강보험료 납부액이 지원 기준에 '부적합'한 암환자의 경우, **해당 연도에는 재등록 신청이 불가**하며, 다음 연도가 지원 기간에 해당하는 경우 차기 연도에 등록 신청 가능합니다. ○ 본 암환자의료비지원사업 지원 대상자로 선정되지 못한 암환자분과 보호자분께 양해의 말씀을 전해드리며, 민간단체 지원사업 및 타 법률에 의한 국가지원사업 등 필요하신 정보는 병원 내 사회사업실이나 보건복지콜센터(129), 국가암정보센터(1577-8899)로 문의하여 제공받으실 수 있음을 안내드립니다.			

귀하는 암환자의료비지원사업 지원 대상자 여부가 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 문의사항이 있으신 경우 관할 보건소 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.

년 월 일

담당자 : (전화번호 :)

보건소장 (직인생략)

위임장

위임자 (환자)	성명		전화번호	
	주소			
	생년월일			
위임받는자 (대리인)	성명		전화번호	
	주소			
	생년월일		구분	□ 가족 및 친족 □ 기타 (환자와의 관계:)
보건소 소속 공무원 신청 대리 여부	□ 예 □ 아니오			
위임내용	□ 암환자의료비지원사업 등록신청 □ 암환자의료비지원사업 지원신청 □ 기타( )			

암환자의료비지원 신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자(환자) : (서명 또는 인)

_____ 보건소장 귀하

유의사항

1. 위임을 받은 자(환자)은 본 위임장과 위임자의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 제출해야 하며, 수임인의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서를 보건소에 함께 제시하여야 합니다.
2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 암환자의료비지원을 받은 자 또는 제 3자로 하여금 그 의료비지원을 받게 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
3. 관할 보건소 공무원이 대리 지원신청을 하는 경우 환자 또는 환자의 대리인이 자필서명을 해야 합니다.
4. 위임받는자(대리인) 유형 중 해당되는 곳에 표기를 해야 합니다.
   - 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
   - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
   - 기타: 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람 (보건소 소속 공무원 제외)
   * 보건소 소속 공무원: 「암관리법」 제13조 및 같은 법 시행령 제10조에 따른 관할 보건소 소속 공무원