

[서식3호] 고위험임산부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험임산부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험임산부 의료비 지원사업과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 보건복지정보개발원, 고위험 임산부 의료비 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관

개인정보화일(DB)수집의 목적

- 고위험 의료비 지원사업 지원 대상자 선정 및 관리
- 보건소통합정보시스템을 통한 의료비 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
- 고위험임산부 의료비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
- 고위험임산부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

개인정보수집항목

- 고위험 임산부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원치료 횟수, 입원진료내역(조기진통억제제 약물명 및 투여횟수, 분만관련 출혈 수혈량 및 수술여부, 중증 임신 중독증 황산마그네슘 및 항고혈압제 약물명 등), 임신전후 및 임신기간 중 건강관련 정보 및 출생아 건강 정보 등

개인정보보유 및 이용기간

- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

개인정보 조회·열람·활용 동의내용

- 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
- 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
- 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
- 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- 고위험임산부 의료비 지원사업 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- 고위험임산부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공공이용’ 조회 동의

개인정보 수집 동의 거부

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

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 “고위험임산부 의료비 지원사업 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관계※	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※ 관계표시 방법 : 본인(고위험임산부로 진단받은 임산부), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모
 ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.