

# 병원간 전원 시 이송처치료 한시지원 사업 안내

## □ 지원대상 및 지원내용

- 3월 13일부터 4월 12일\*까지 상급종합병원 진료협력센터를 통해 1, 2차 의료기관으로 전원한 환자

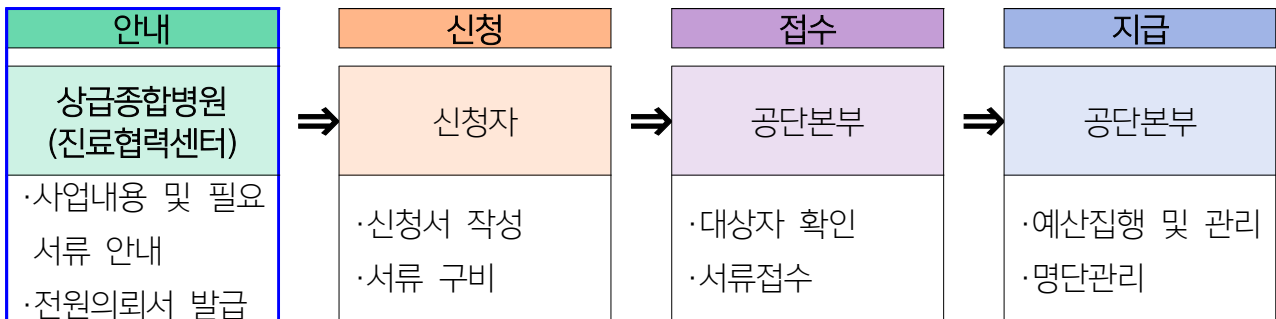
\* 의사 집단행동 종료 시기에 따라 변경 가능

- 전원 환자가 구급차 운송자에 지불한 이송처치료 실비 지원

## □ 신청방법 및 절차

- 3월 13일부터 4월 30일까지 건보공단에 우편\* 등을 통해 신청

\* 수신처 : 국민건강보험공단 보험급여실 급여지급부 담당자



## □ 구비서류

- 이송처치료 지원신청서(붙임2 참고, 신청자 작성)
- 이송처치료 영수증(붙임3 참고, 구급차 운송자 발급)
- 전원의뢰서(요양급여 회송서 또는 의료급여 회송서)(진료협력센터 발급)
- (대리신청 시) 가족관계 증빙자료(신청자 구비)

## □ 사업문의 : 국민건강보험공단(☎1577-1000)



사업안내 홈페이지

# 구급차 이송처치료 한시지원 안내



- **지원 대상** 3월 13일부터 4월 12일까지 상급종합병원 진료협력센터를 통해 1, 2차 의료기관으로 전원한 환자

\* 의사 집단행동 종료 시기에 따라 대상 변경 가능
- **지원 금액** 구급차 이용에 따른 이송처치료 전액
- **신청 기간** 3월 13일부터 4월 30일까지
- **신청 방법** 국민건강보험공단(급여지급부)에 신청

\* 자세한 신청 방법은 건보공단 문의
- **제출 서류**

  - 이송처치료 지원신청서(신청자 작성)
  - 이송처치료 영수증(구급차 운전자 발급)
  - 전원의뢰서(요양급여 회송서 또는 의료급여 회송서)(진료협력센터 발급)
  - (대리신청 시) 가족관계 증빙자료(신청자 구비)
- **사업 문의** 국민건강보험공단 ☎1577-1000



## 이송처치료 지원신청서

처리기간		별도안내			
신청인	성명	주민등록번호		휴대전화	
	주소			전자우편	
대리인	성명	생년월일		휴대전화	
	주소	신청인과의 관계		전자우편	
출발병원				도착병원	
이송일	2024년	월	일	이송업체	
예금주				신청인과의 관계	
주민등록번호				신청금액	원
금융기관명				계좌번호	

※신청인의 계좌가 없는 경우 직계존비속에 한해 가족관계증명서 등 증빙을 제출하는 경우에 별도 계좌로 지급 가능  
※신청 결과는 신청인 휴대전화 문자메시지서비스(SMS)로 통지

## 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

- (수집·이용 목적) 동 신청서를 접수한 국민건강보험공단의 장이 지원 대상자의 확인 및 이송처치료 지급 등을 위하여 개인정보를 수집 및 활용하고자 합니다.
- (수집·이용 항목) 신청서에 기재된 내역 일체: 성명, 주민등록번호, 생년월일, 전화번호, 주소, 전자우편, 계좌번호 등

 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보: 주민등록번호
- 민감정보: 이송처치료 지원신청서 및 이송처치료 영수증에 기재된 내역(이송정보, 이송 중 처치내용 등)
- 관련법률: 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제3조(금융실명거래) 및 같은법 시행령 제3조(실지명의)

 개인정보 제3자 제공(목적·항목·제공처) 안내

- 제도운영 등: 신청서에 따른 수집 항목 일체 (유관 정부기관 또는 공공기관)

 개인정보 보유 및 파기

제공된 정보는 5년간 보유하고, 그 기간이 경과하면 파기합니다.

 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

귀하는 위 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시에는 이송처치료 지원 대상으로 선정될 수 없음을 알려드립니다.

 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
- 고유식별정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
- 민감정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

본인(대리신청인 포함)은 개인정보 활용 동의와 선택적 동의 및 유의사항에 대하여 담당자로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 이송처치료 지원을 신청합니다.

※ 만 14세 미만 아동의 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

2024년 월 일

(지원 대상자) 성명 :

(서명 또는 인)

(대리 신청인) 성명 :

(서명 또는

인)

**붙임3**

**이송처치료 영수증 양식**

**※구급차 운용자 발급**

**이송처치료 영수증**

영수증번호					
구급차 운용 통보(신고)번호 또는 응급환자 이송업 허가번호		운용기관 명			
사무소 소재지		대표자 성명			
차량등록번호		운전자 성명			
차량 주행 거리	Km				
이송처치료 세부내역					
구 분		①기본요금 (10km 이내)	②추가요금 (10km 초과 시)	③부가요금 (일반구급차에 응급구조사 등 탑승 시)	④할증요금 (00:00~04:00에 이용 시 기본 및 추가요금에 각각 20% 가산)
법 제44조제1항 제1호부터 제4호까지에 따른 의료기관 등	일반 구급차	<input type="checkbox"/> 30,000원	__km x 1,000원	<input type="checkbox"/> 15,000원	<input type="checkbox"/> 6,000원 + __km x 1,200원
	특수 구급차	<input type="checkbox"/> 75,000원	__km x 1,300원	-	<input type="checkbox"/> 15,000원 + __km x 1,560원
법 제44조제1항 제5호에 따른 비영리법인	일반 구급차	<input type="checkbox"/> 20,000원	__km x 800원	<input type="checkbox"/> 10,000원	<input type="checkbox"/> 4,000원 + __km x 960원
	특수 구급차	<input type="checkbox"/> 50,000원	__km x 1,000원	-	<input type="checkbox"/> 10,000원 + __km x 1,200원
이송처치료 총액(①+②+③+④)					원
이용자명		이용자 생년월일			
납부자명		이용자와의 관계			
이송 중 처치내용					
<p>「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조제2항에 따라 위 금액을 영수하였음을 확인합니다.</p> <p style="text-align: right;">년    월    일</p> <p style="text-align: center;">이송기관명    <span style="border: 2px solid orange; padding: 5px;">  작인  </span></p>					