

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)