

암환자 의료비 등록 신청서

(앞 쪽)

신청구분	☐ 건강보험가입자[소아] ☐ 의료급여수급자[소아] ☐ 건강보험가입자[성인] ☐ 의료급여수급자[성인]			
등록 대상자 (환자)	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
	지급계좌	압류방지 전용통장(행복지킴이통장) 여부 ※압류방지통장으로 지원금 지급 불가		☐ 예 ☐ 아니오
		금융기관: 예금주: 계좌번호:		
	이메일주소			
가구원 수 (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	부상 및 질병명		부상 및 질병코드	
	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 [] 에 [] 아니오
환수조치 시 동의 동의자 : (서명)

위와 같이 암환자 의료비 지원대상자로 등록 신청합니다.

년 월 일

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

보건소장 귀하

신청자 제출 서류	1. 등록신청서 2. 진단서 (진단일자, 진단명 명시) 3. 개인정보 이용제공동의서 (환자용 1부, 보호자/가구원용 1부) 4. 금융정보 등 제공 동의서 5. 소득·재산조사 관련 서류 (건강보험가입자[소아]에 해당) - 소득·재산 정보제공 동의서 - 부채 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)