

접수 건강관리과- (2022. . .)

담당자	팀장	과장	시장
		전결	

## 아토피피부염 · 천식 의료비 지원 신청서

(  지역보험     직장보험     의료급여1종     의료급여2종 )

상 병 명 (상병코드)	<input type="checkbox"/> 아토피피부염 ( L20 )	<input type="checkbox"/> 기관지 천식 ( J45 )
-----------------	---	---

대 상 자	성 명	주민번호	성 별	<input type="checkbox"/> 남
	주 소			<input type="checkbox"/> 여

보 호 자	성 명	생년월일	관 계	
	주 소			전 화
			휴 대 폰	

진료기관명	진단일	년 월 일	전화번호
-------	-----	-------	------

진료일자

사회보장	건강보험 : <input type="checkbox"/> 지역보험 <input type="checkbox"/> 직장보험 (보험료 : 월 원)	가구원 수	( )인
	의료급여 : <input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종 (취득일: 년 월 일)		

### [ 신청 내역 ]

의료비 지급 (단위:원)

지급결정액 (연간20만원 이내지원)	총 청구액 (A+B+C+D)	진료비		약제비	
		급여 본인부담금(A)	비급여 본인부담금 (B)	급여 본인부담금(C)	비급여 본인부담금(D)

### 개인정보 수집, 활용동의서

1. 개인정보 수집, 이용내역

항 목	수집 목적	보유기간
1. 성명, 생년월일, 성별 2. 주소, 연락처, 휴대전화 3. 은행명, 계좌번호	- 의료비 및 검진비 지원을 위한 본인 확인 절차에 이용 - 개인별 맞춤 SMS 정보 및 차별화된 콘텐츠 제공에 이용 - 새로운 서비스 및 행사(교육)정보 등의 안내	5 년

2. 아토피 · 천식 의료비 지원신청을 위해 작성 · 제출하신 서류는 반환 되지 않습니다  
 ※ 위와 같이 개인정보를 처리하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 일부 서비스 제공이 제한 될 수 있습니다.

※ 정보주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 「개인정보보호법」 등 관련법규에 의거하여,

위와 같이 개인정보를 수집, 처리하는데 동의하십니까?     동의     미동의

본인 성명 (서명 또는 인)  
 2022년 월 일    법정대리인 성명 (서명 또는 인)

위와 같이 아토피피부염 · 천식 의료비 지원을 신청합니다.

2022년 월 일    신청인성명: (서명 또는 인)

천안시장 귀하