

[서식3]

정신질환자 치료비 지원 사업 지원을 위한 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

(앞쪽)

성명		주민등록번호	
주소		연락처	

1. 개인정보를 제공받는 기관 : 보건복지부, 국립정신건강센터, 시·도 및 시·군·구 보건소

2. 개인정보화일(DB) 수집·이용의 목적

- 보건복지부 정신질환자 치료비 지원 사업 대상자 관리 (동 사업을 신청한 대상자의 관할 시·도 및 시·군·구 보건소에서 대상자 관리를 위한 개인정보 수집·이용·관리)
- 동 사업과 관련되어 국민건강보험공단으로부터 검진정보, 급여내역, 건강보험정보 등의 자료를 제공받을 때 활용
- 사회보장정보시스템을 통한 타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복수급여부 자료를 제공받을 때 활용
- 행정정보공동이용을 통한 주민등록등본 확인 시 자료를 제공받을 때 활용
- 정신질환자 치료비 지원 사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용
- 정신질환 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용
- 긴급지원 및 재난적 의료비 지원 여부 조회(동일 건에 대한 지원 여부 확인)

3. 개인정보 수집 항목

- 치료비 지원 대상자의 정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 주소, 상병코드, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 보장변동정보, 주민등록등본, 인적변동사항, 개인전출입)

4. 개인정보 보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 10년까지

5. 개인정보의 수집·이용 동의 여부

- 개인정보 수집·이용을 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 정신질환 치료비 지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

본인은 「개인정보보호법」 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
본인은 「개인정보보호법」 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
본인은 「개인정보보호법」 제24조 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함) 할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

(뒤쪽)

6. 제3자에게 제공 및 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간

- 제3자에게 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 정신질환자 치료비 지원 사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

개인정보를 제공받는 자	이용목적	제공 항목	보유 및 이용기간
사회보장정보시스템	타법에 의해 실시되는 공공부조 및 서비스의 부정·중복수급여부 확인	성명, 주소, 주민등록번호, 정신질환자 치료비 지원 사업 자격결정·수혜이력 정보	영구
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리, 재난적 의료비 지원 대상자 여부 확인	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	퇴록 후 3년

본인은 「개인정보보호법」 제17조, 제18조에 따라 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

7. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 「개인정보보호법」 제22조제6항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 「개인정보보호법」 시행령 제17조, 동법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
법정대리인 연락처		※ 환자가 미성년자인 경우 작성	

정신질환자 치료비 지원 사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 이용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다. 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조치에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의인 :

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하