[별첨서식 1: 치료비 지원 신청서]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **치료비지원 신청서** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (접수번호: 20 - ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. 신청 기관 및 담당자** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기 관 명 | 기관 :  부서 : | | | | | | | 담 당 자 | | | |  | | | | | | |
| 연 락 처 | Tel. 02-  Fax. 02- | | | | | | | E-mail | | | | @ | | | | | | |
| **2. 환자 인적사항** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 이 름 |  | | | 성 별 |  | | | 나 이 | | | 만 세 | | | 생년월일 | | |  | |
| 주 소 |  | | | | | | | | | | 연락처 | | |  | | | | |
| **예상치료비** |  | | | | | | | | | | **신청금액** | | |  | | | | |
| 의료적 상황 | 진단명 |  | | | | 병기 | | |  | | 질병코드 | | | | |  | | |
| 진단일 |  | | | | | | | | | (예상)치료기간 | | | | |  | | |
| 주요치료항목 | | 항암 | | | | 방사선 | | | | 수술 | | | | 유방재건 | | | 기타 |
| 세부내역  (금액X횟수) | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  |
| **\* 사업의 지원 기준에 부합한 범위 내의 치료비를 지원하며, 치료 계획에 따라 지원 항목 및 범위가 결정됩니다. (작성 시 밑줄 내용은 삭제)**  **- 치료계획 및 내용** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 경 제 적  상 황 | 의료보장 | | | □ 수급자 □ 차상위 □ 건강보험(기준중위소득 100%이하) □ 일반 | | | | | | | | | | | | | | |
| 재 산 | | | □자가 □전세 □월세/임대 □의탁주거/무료임대 □ 기타 | | | | | | | | | | | | | | |
| 월 소 득 | | | 월 평균소득 만원 | | | | | | 부 채 | | | | □ 유( 만원) □ 무 | | | | |
| 실비보험 | | | □ 유 □ 무 | | | | | | | | | \*경우에 따라 생명보험협회를 통한 보험계약 및 청구보험금 현황을 요청할 수 있습니다. | | | | | |
| 의료비 지원사항 | | | □ 유 (□ 재난적의료비지원 □ 보건소의료비지원 □ 기타)  (단체명: /금액: 원/지원시기: )  □ 무 (미지원 사유: 예시\_긴급복지지원제도 신청하였으나 재산기준 초과로 선정탈락 ) | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 가족 및 사회경제적 상황 | | *사실 (Fact) 서술 (간단기술)* | |
| 사회복지사  추천소견 | | *사정 (Assessment) 서술* | |
| **[제출서류]** | | | |
| 공통서류 | 1. 치료비 지원 신청서 2. 개인정보 수집제공 동의서   3. 서약서 4. 주민등록등본(외국인-여권/외국인등록증) 5. 진단서 | | |
| 구비서류 | **수급권자 및 차상위 대상자** | | **건강보험 가입자** |
| 6. 수급권자 혹은 차상위 증명서  7. 보험약관 또는 증권(해당자) | | 6. 건강보험자격확인서(건강보험증 사본) / 건강보험료 납부 확인서  7. 등기부등본, 전월세계약서,  무료임대확인서 중 택1  8. 세목별(비) 과세 증명서  9. 근로소득원천징수증, 소득증명원, 사실증명원(신고사실없음) 중 택1  10. 부채증명원 / 차량등록증 /  보험약관 또는 증권 (해당자) |
| **외국인** | |
| 6. 통장사본(최근 3개월)  7. 등기부등본, 전월세계약서,  무료임대확인서 중 택1  8. 부채증명원 / 차량등록증 /  보험약관 또는 증권(해당자) | |
| ※ 타 기관 (사보험, 국가 및 민간 후원기간 등)과의 중복 지원은 불가함 ※  년 월 일  추천자 : 병원 (의료)사회복지사 (인) | | | |

[별첨서식 2: 개인정보제공 동의서] – 병원용 (신청 환자 및 가족 기록)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **개인정보 제공 동의서** | | | |
| 성명 |  | 생년월일 |  |
| 주소 |  | | |
| 연락처 |  | | |
| **\* 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의**   |  |  | | --- | --- | | 수집하는 개인정보의 항목 | 신청자의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 성별, 나이 | | 수집 및 이용목적 | 치료비 지원 대상자 선정 및 관리  치료비 지원 사업의 통계, 연구, 자료집 발간 및 규정개선 | | 보유 및 이용기간 | 신청 탈락자 정보 : 심사 종료 후 즉시 삭제  지원 대상자 정보 : 치료비 지원 결정연도로부터 5년 | | 귀하는 개인정보 수집 및 이용 동의에 거부할 수 있습니다. 다만, 거부하는 경우 지원신청이 불가능 합니다. | |   **ㅁ 동의합니다.   ㅁ 동의하지 않습니다.**  **\* 민감정보 수집 및 이용에 관한 동의**   |  |  | | --- | --- | | 수집하는 민감정보의 항목 | 신청자의 의료적 상황에 관한 정보 (진단명, 병기, 질병코드, 진단일, 치료기간, 주요치료항목)  신청자의 경제적 상황에 관한 정보 (의료보장여부, 재산, 월소득, 부채, 실비보험가입 유무, 의료비 지원사항 | | 수집 및 이용목적 | 치료비 지원 대상자 선정 및 관리  치료비 지원 사업의 통계, 연구, 자료집 발간 및 규정개선 | | 보유 및 이용기간 | 신청 탈락자 정보 : 심사 종료 후 즉시 삭제  지원 대상자 정보 : 치료비 지원 결정연도로부터 5년 | | 귀하는 개인정보 수집 및 이용동의에 거부할 수 있습니다. 다만, 거부하는 경우 지원신청이 불가능 합니다. | |   **ㅁ 동의합니다.   ㅁ 동의하지 않습니다.**  **\* 개인정보 제공에 관한 동의**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ﻿ 제공받는 자 | 제공받는자의 이용목적 | 제공하는 개인정보 항목 | 보유 및  이용기간 | | 한국유방건강재단 | 지원대상자 선정 및 관리 | 신청자의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 성별, 나이, 의료적∙경제적 상황에 관한 정보(제출된 증빙서류) | 5년 | | 지원기업 및 심의위원 | | 귀하는 개인정보 수집 및 이용동의에 거부할 수 있습니다. 다만, 거부하는 경우 지원신청이 불가능 합니다. | | | |   **ㅁ 동의합니다.   ㅁ 동의하지 않습니다.**  **[ 기타 사항 ]**  **‣ 수술치료비 지원사업을 접하게 된 계기**  ①홍보물(포스터 및 리플렛) ②지인소개 ③의료사회복지사 안내 ④인터넷 ⑤기타( )  **1. 홍보 동의 여부**  지원대상자의 감사편지 및 인터뷰 내용이 홍보 활동에 활용될 수 있으며, 이는 치료비 지원 사업 활성화를 위한 목적으로만 활용됩니다.  **‣ 홍보목적** : 지원 받은 환자의 따뜻하고 감동적인 스토리를 공유 및 홍보하여 치료비 지원 사업 활성화 및 효과를 알리기 위함  **‣ 홍보항목** **및 동의여부**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **항목** | **내용** | **동의함** | **동의하지 않음** | | 감사카드 | 수술치료비 지원 사업에 대한 소감  (결과보고서 제출 시 첨부 필요) |  |  | | 인터뷰  (경우에 따라 진행예정) | ⑴ 유방암 발견당시 시기 및 증상  ⑵ 암 진단 받았을 당시의 심정  ⑶ 수술치료비 지원사업을 접하게 된 계기  ⑷ 지원 받고 난 후 변화 및 심리상황  (가명 기입, 지원 결정 후 별도 인터뷰 진행) |  |  |   ☞ 필요에 따라 인터뷰가 진행되는 경우, 희망하시는 방법에 체크해주시기 바랍니다. (중복체크가능)  ①사업담당자와 유선(전화)인터뷰 ② 사업담당자와 대면(직접)인터뷰 ③ 의료사회복지사와 상담  **2. 법정대리인의 동의**  환자가 건강상의 이유로 동의를 받을 수 없는 경우 법정대리인의 동의가 필요합니다.  **(해당자만) 본인은 환자의 법정대리인으로서, 상기 정보제공사항에 대해 동의합니다.**  **□ 동의함 □ 동의하지 않음**  년 월 일  환자성명 : (인/서명)  보호자(법정대리인) : (인/서명)  보호자(법정대리인)연락처 :  환자와의 관계 :  **ooo대학교병원장 / 한국유방건강재단 귀중** | | | |

[별첨서식 3: 지원 대상자 서약서]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **서 약 서** | | | | | |
| 환 자 명 |  | 생년월일 |  | 연 락 처 |  |
| 현 주 소 |  | | | | |
| **위 서약인은 재단법인 한국유방건강재단이 실시하는 공익사업으로 유방암 치료비 지원 사업에**  **신청하며, 다음의 내용에 동의합니다.**  **- 해당 병원의 의료진과 적극 협력하여 건강을 조속히 회복할 수 있도록 노력할 것입니다.**  **- 재단의 필요에 따라 진행하는 인터뷰 요청 시 적극 협조합니다.**  **- 재단의 고유권한인 치료비 지원금액과 지원 방법에 대해서 어떠한 의도도 제기하지 아니하며,  다음의 사항에 대해 철저히 이행할 것을 서약합니다.**  1. 본 사업의 지원을 받기 위해서는 재단에서 요구하는 서류를 필수로 제출해야 하며, 허위 작성된 서류 또는 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 지원 받은 비용을 반드시 반환해야 합니다.  2. 본 사업의 지원 기준에 부합한 범위 내의 치료비를 지원하며, 치료 계획 변경에 따른 치료비 지원 범위 조정이 필요한 경우, 사전에 통보하여 조정한 경우 지원이 유효합니다.    3. 의료진의 치료계획을 따르지 아니 할 경우에는 치료비 지원이 중단될 수 있으며, 이와 같은 경우에 발생하는 문제는 전적으로 작성자의 책임입니다.    4. 위 서약인은 진료 및 치료과정에서 전문적인 의료 사항에 대한 불일치와 의료분쟁이 혹시 발생하더라도 치료비를 지원하고 있는 재단에 대해 어떠한 불만이나 책임을 묻지 않을 것임을 확인합니다.  년 월 일.   |  |  | | --- | --- | | 작성자(서명) | (인) | | 환자와의 관계 |  | | (환자가 아닌 경우) 연락처 |  |   **한국유방건강재단 귀중** | | | | | |

[별첨서식 4: 결과보고서]

**치료비지원 사업 결과보고서**

|  |  |
| --- | --- |
| **접수번호** | (기입하지 마십시오.) |

**1. 지원대상자 인적사항**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환자성명** |  | **성 별** | **남 / 여** | **생년월일** | **(만 세)** |
| **주 소** |  | | | | |

**2. 작성자**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **기관명** |  | **연락처** |  |
| **담당자명** |  | **e-mail** |  |

**3. 지원결과**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **지원기간** | **년 월 일 ~ 년 월 일** | | | | | | | |
| **지원금액** | **신청금액 원** | | | | **소진금액 원** | | | |
| **지원내역**  **(실사용내역)** | **구분** | **항암** | **방사선** | **수술** | | **유방재건** | **기타** | **합계** |
| **수급자** |  |  |  | |  |  |  |
| **차상위** |  |  |  | |  |  |  |
| **건강보험** |  |  |  | |  |  |  |
| **일반** |  |  |  | |  |  |  |
| **치료 예후**  **및 남은 치료계획** |  | | | | | | | |
| **사업평가**  **및**  **종합의견** |  | | | | | | | |
| **년 월 일**  **- 병원 : - 지원신청자 : (의료)사회복지사 (인)** | | | | | | | | |

**※ 감사카드 첨부 필수(별첨 서식6)**

[별첨서식 5: 치료비 연장지원 신청서]

**치료비 연장 지원 신청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **접수번호** | (기입하지 마십시오.) |

**1. 지원대상자 인적사항**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환자성명** |  | **성 별** | **남 / 여** | **생년월일** | **(만 세)** |
| **주 소** |  | | | | |

**2. 작성자**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **기관명** |  | **연락처** | **Tel. / fax.** |
| **담당자명** |  | **e-mail** |  |

1. **연장 신청내역**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **지원내역** | **금액** |  | **지원기간** |  |
| **사용내역** | **사용금액** |  | **잔여금액** |  |
| **연장기간** | **년 월 일 ~**  **년 월 일**  \*최대 6개월 연장 가능 | | | |
| **연장신청**  **사 유** | \*연장사유 및 연장 기간 내 치료계획 간략하게 기술 | | | |
| **위와 같은 사유로 치료비 연장 지원을 신청합니다.**  **년 월 일**  **- 병원 : - 지원신청자 : (의료)사회복지사 (인)** | | | | |

[별첨 서식 5. 청구공문]

|  |
| --- |
| **수술치료비 지원 종결 시**  **아래 내용과 같이 청구공문 보내주시기 바랍니다.**  **(병원의 사정으로 진료 건마다 신청해야 하는 경우, 재단 문의바랍니다.)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **(해당병원 공문양식)** |  |
| 수신자 | 한국유방건강재단 | |
| (경유) |  | |
| 제 목 | 유방암 수술치료비 지원사업 진료비 청구에 관한 건. | |
| 1. 귀 재단의 무궁한 발전의 기원합니다.  2. 귀 재단에서 시행하는 <유방암 수술치료비 지원사업>에 선정된 홍길동 환자 외 1명의 진료가 완료됨에 따라 총 3,295,000원을 다음과 같이 청구합니다.  - 다음 -  가. 청구금액 : 3,295,000원  나. 입금계좌 : ㅇㅇㅇㅇ은행 123-4567888-098  다. 세부내용   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **NO.** | **이름** | **생년월일** | **지원기간** | **진료과** | **진료일자** | **치료내용** | **청구금액** | | 1 | 홍길동 | 78.09.12 | 21.01.01  ~21.12.31 | 외과 | 21.01.21  ~02.01 | 유방암 절제술 및 입원치료 | 3,000,000 | | 2 | 홍길동 | 78.09.12 | 21.01.01  ~21.12.31 | 혈액종양내과 | 21.02.15 | 항암치료 및 외래검사 | 150,000 | | **합 계** | | | | | **3,150,000** | | | | 1 | 김가나 | 68.12.25 | 21.03.01  ~22.02.28 | 방사선과 | 21.03.30 | 방사선치료 및 외래검사 | 145,000 | | **합 계** | | | | | **145,000** | | |   [별첨]  1. 환자 결과보고서/감사카드 각 1부  2. 치료비 영수증 원본 각 1부.  3. 병원 사업자등록증 사본 1부.  4. 병원 통장 사본 1부. 끝   |  | | --- | | **ㅇㅇㅇㅇㅇㅇ병원장** | | | |
|  | | |

[별첨 서식 6. 감사카드]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** 환자명 : | **•** 생년월일 : | **•** 지원금 : |
| **유방암 치료비 지원사업은 하나금융그룹과 사회복지공동모금회가 지원합니다.**  **유방암 치료비 지원사업을 통해 얻게 된 도움과 감사의 마음을 함께 나눠주세요!**  **환자 여러분의 빠른 쾌유와 회복을 기원합니다!**  EMB00002c2008c2 | | |