

| 희귀질환자 의료비지원사업 등록 개인정보 처리 동의서(환자용) | | | |
|---|--------------------------|-------------|-----------|
| 성명 | | | |
| 주소 | | | |
| 연락처 | | | |
| 질병관리청은 희귀질환자 의료비지원사업 등록과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하고자 합니다. 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다. | | | |
| ■ 개인정보 수집·이용 내역 | | | |
| 1. 개인정보 수집·이용 목적 | | | |
| - 희귀질환자 의료비지원사업 정책 및 사업 운영에 필요한 경우 활용 | | | |
| - 희귀질환자 의료비지원사업 대상자 관리 | | | |
| - 진단 및 유관지원사업에 필요한 경우 활용 | | | |
| 2. 수집하려는 개인정보의 항목 | | | |
| - (필수) 성명, 주소, 연락처(전화번호/휴대폰번호) | | | |
| 3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 작성일로부터 2년 | | | |
| ※ 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상자에서 제외됩니다. | | | |
| ☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> (필수 개인정보) 수집·이용 동의 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | |
| ■ 개인정보 제3자 제공 내역 | | | |
| 제공받는 자 | 제공 목적 | 항목 | 보유기간 |
| 보건복지부 | 국가정책 및 유관사업 등에 활용 | 성명, 주소, 연락처 | 2년 |
| 국립장기조직혈액관리원 | 대상자 자격관리 등에 활용 | 성명, 주민등록번호 | 2년 |
| ※ 위 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상에서 제외될 수 있습니다. | | | |
| ☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 제3자 제공 동의 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | |
| ■ 법정대리인 동의 (만 14세 미만인 경우 개인정보보호법 제22조 제6항에 의거 법정대리인의 동의가 필요합니다.) | | | |
| 법정대리인 성명 | 연락처 | 관계 | |
| (인/서명) | | | |
| ※ 희귀질환자 의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 외 제3자에게 제공되거나 이용되지 않습니다. | | | |
| 위의 사항을 확인 합니다. | | | |
| 년 월 일 | | | |
| 동의인 : (서명 또는 인) | | | |
| () 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하 | | | |

1) 개인정보보호법 제2조에 의한 "개인정보"란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함)를 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호)