

## 학생의료비지급신청서

전북대학교

|  |                       |                           |        |          |                |          |     |
|--|-----------------------|---------------------------|--------|----------|----------------|----------|-----|
| ①<br>인<br>적<br>사<br>항  | 수혜자                   | 대학(원)                     | 학과     | 학년       | 학 번            |          |     |
|  | 성 명                   | 연락처                       | 전화:    |          | 성별             | 남 · 여    |     |
| ②<br>진<br>료<br>사<br>항  | 병원확인                  | — 병 원 장 (직인) —            |        |          | 담당의사 _____ (인) |          |     |
|  | 병 명                   | (한글로 정확히 기재 요망)           |        |          |                |          |     |
|  | 진료내용<br>(구체적)         |                           |        |          |                |          |     |
|  | 진료기간                  | 20 . . .<br>~ 20 . . .    | 진료구분   | 입원<br>외래 | 급 여<br>본인부담금   |          |     |
| ③ 첨부 : 영수증(진료구분, 내역별 금액명시)   |                       |                           |        |          |                |          |     |
| 위와 같이 의료비 지급을 신청합니다.<br>20    년    월    일  |                       |                           |        |          |                |          |     |
| ④ 신청자(학생):                                  대학(원)                                  학과                                  학년<br>성명 :    (인) |                       |                           |        |          |                |          |     |
| 전북대학교학생의료공제운영위원장 귀하  |                       |                           |        |          |                |          |     |
| 확<br>인<br>내<br>용   | 공 제 회 비               | 납부 · 미납                   |        |          |                |          |     |
|  | 지급결정금                 | 원                         |        |          |                |          |     |
|  | 확인년월일                 | 20    년    월    일         |        |          |                |          |     |
|  | ⑤ 계좌번호<br>(친권자 또는 본인) | 예 금 주:<br>은 행 명:<br>계좌번호: |        |          |                |          |     |
| 첨부서류: 1.진료확인서(해당병원 발급)<br>2.진료비수납영수증<br>*진료확인서 제출시 ②진료사항은 기재하지 마세요.<br>*진료기간, 급여본인부담금은 기재하지 마세요.   |                       |                           | 결<br>재 | 계        | 팀 장            | 과 장      | 처 장 |
|  |                       |                           |        |          |                | “전결<br>” |     |

## < 개인정보 수집 · 이용 동의서 >

전북대학교 학생의료공제회에서는 개인정보 보호법 등 관련 법령상의 개인정보 보호 규정을 준수하며 이용자들의 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다.

학생의료공제회는 개인정보 보호법 제15조 및 제 22조에 근거하여 다음과 같이 진료(치료)비 지원을 위하여 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보의 수집, 이용 목적 : 진료(치료)비 지원
2. 수집하는 개인정보의 항목 : 성명, 성별, 대학명, 학부(과), 학번, 연락처, 질병명, 계좌번호(은행명, 예금주 포함), 생년월일, 주소, 질병코드, 환자등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 수집일로부터 5년
4. 동의거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내 : 학생의료공제회 이용자는 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학생의료공제회 의료비 지원이 제한될 수 있음을 참고하시기 바랍니다.

개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?    동의함    동의하지 않음

## <민감정보 수집 · 이용 동의서>

전북대학교 학생의료공제회에서 개인정보 보호법 제23조에 근거하여 다음과 같이 진료를 위하여 민감정보를 수집 · 이용하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보의 수집이용 목적 : 진료(치료)비 지원
2. 수집하는 개인정보의 항목 : 진료(치료)비 지원에 필요한 건강정보
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 수집일로부터 5년
4. 동의거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내 : 학생의료공제회 이용자는 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학생의료공제회 의료비 지원이 제한될 수 있음을 참고하시기 바랍니다.

진료(치료)비 지원에 필요한 건강정보에 대한 처리에 동의하십니까?    동의함    동의하지 않음

20    년    월    일

성 명 :                                (인 또는 서명)

전북대학교 학생의료공제회 귀중