

[별지 제1호서식]

## 개인 진료정보 열람 신청서(서면용)

접수번호		접수일		처리기간	10일 이내
신청인	*성명		*주민등록번호		_*****
	*주소				
	*휴대전화번호				
	*정보주체와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 법정대리인 <input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 기타			
정보주체	*성명		*주민등록번호		_*****
	*주소				
	*휴대전화번호				
신청내용	요양기관명		<input type="checkbox"/> 전체요양기관(폐업기관 포함)		
	*대상기간	-			
	*보험종별	<input type="checkbox"/> 건강보험, 의료급여, 보훈 <input type="checkbox"/> 자동차보험			
	*진료정보 유형	<input type="checkbox"/> 기본진료정보 <input type="checkbox"/> 처방·조제정보 <input type="checkbox"/> 기타진료정보			
*열람방법		<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 우편			

「개인정보 보호법」 제35조, 동법 시행령 제41조 제1항의 규정에 의하여 위와 같이 진료정보의 열람을 요구합니다.

년 월 일  
(서명 또는 인)

신청인

건강보험심사평가원(지원)장 귀하

### 안내사항

- 표시(\*)가 된 항목은 필수항목이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
- '정보주체' 란은 신청인과 정보주체가 다른 경우에 기재해 주시기 바랍니다.
- '대상기간' 란은 5년 이내로 기재해 주시기 바랍니다. (신청월부터 5년 이내의 자료만 발급 가능)  
- (작성예시) 신청 월이 '22.3월 경우 → 열람 대상기간은 201703 ~ 202203
- 진료정보 유형별 진료정보 제공내역은 아래와 같습니다.  
- 기본진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 진료과, 입원·외래, 내원일수, 주상병명(코드), 청구금액(총금액, 공단부담금, 본인부담금)  
- 처방 조제정보: 요양개시일, 요양기관명, 입원·외래·조제 구분, 약품명, 성분명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수  
- 기타진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 항구분, 코드명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수

[별지 제2호서식]

### 개인 진료정보 열람 위임장

접수번호		접수일		처리기간	10일 이내
위임자 (정보주체)	*성명			*생년월일	
	*(휴대)전화번호				
	*주소				
위임받는 자 (신청인)	*성명			*생년월일	
	*(휴대)전화번호				
	*주소				
	*정보주체와의 관계	<input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 기타			
*위임내용	개인 진료정보 열람				
	*보험종별	<input type="checkbox"/> 건강보험, 의료급여, 보훈 <input type="checkbox"/> 자동차보험			
	요양기관명				
	*대상기간				
	*진료정보 유형	<input type="checkbox"/> 기본진료정보 <input type="checkbox"/> 처방·조제정보 <input type="checkbox"/> 기타진료정보			

「개인정보 보호법」 제38조 1항에 따라 위와 같이 개인진료정보 열람 신청을 위의 자에게 위임합니다.

년 월 일  
(서명 또는 인)

위 임 자

건강보험심사평가원(지원)장 귀하

#### 안내사항

- 표시(\*)가 된 항목은 필수항목이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
- '대상기간' 란은 5년 이내로 기재해 주시기 바랍니다. (신청월로부터 5년 이내의 자료만 발급 가능)
- 진료정보 유형별 진료정보 제공내역은 아래와 같습니다.
  - 기본진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 진료과, 입원·외래, 내원일수, 주상병명(코드), 청구금액(총금액, 공단부담금, 본인부담금)
  - 처방·조제정보: 요양개시일, 요양기관명, 입원·외래·조제 구분,약품명, 성분명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수
  - 기타진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 항구분, 코드명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수
- 서명하는 경우 본인서명사실확인서, 날인하는 경우에는 인감증명서 제출이 필요합니다.

### 개인 진료정보 열람 동의서

접수번호	접수일	처리기간	10일 이내
동의자	*성명		*생년월일
	*(휴대)전화번호		
	*주소		
	*정보주체와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 법정대리인	
정보주체	*이름		*생년월일
	*(휴대)전화번호		
	*주소		
*동의내용	개인 진료정보 열람		
	*보험종별	<input type="checkbox"/> 건강보험, 의료급여, 보훈 <input type="checkbox"/> 자동차보험	
	요양기관명		
	*대상기간		
	*진료정보 유형	<input type="checkbox"/> 기본진료정보 <input type="checkbox"/> 처방·조제정보 <input type="checkbox"/> 기타진료정보	
	*수령방법	<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 우편	

신청인이 위와 같이 개인진료정보 열람 신청하는 것에 동의합니다.

년 월 일  
(서명 또는 인)

동 의 자

건강보험심사평가원(지원)장 귀하

#### 안내사항

- 표시(\*)가 된 항목은 필수항목이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
- '대상기간' 란은 5년 이내로 기재해 주시기 바랍니다. (신청월로부터 5년 이내의 자료만 발급 가능)
- 진료정보 유형별 진료정보 제공내역은 아래와 같습니다.
  - 기본진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 진료과, 입원·외래, 내원일수, 주상병명(코드), 청구금액(총금액, 공단부담금, 본인부담금)
  - 처방 조제정보: 요양개시일, 요양기관명, 입원·외래·조제 구분, 약품명, 성분명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수
  - 기타진료정보: 요양개시일, 요양기관명, 항구분, 코드명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수

[별지 제4호서식]

## 개인 진료정보 열람 이의신청서

접수번호	접수일	처리기간	7일 이내
*이의신청인	성명	생년월일	
	(휴대)전화번호		
	주소		
	정보주체와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 법정대리인	
*열람 또는 열람 거절 내용			
*이의신청 사유	<b>열람 결정에 대하여 불복이 있는 때</b>		
	개인 진료정보(일부열람[ ] 열람거절[ ]) 통지서를      년      월      일에 받았음.		
*이의신청의 취지 및 사유	<b>열람 요구 후 20일이 경과하도록 열람 결정이 없는 때</b>		
	년      월      일에 개인 진료정보 열람 요구를 했으나, 열람 여부의 결정 통지서를 받지 못했음.		
*이의신청의 취지 및 사유			

「개인정보 보호법」 제38조 제5항에 따라 위와 같이 이의신청서를 제출합니다.

          년      월      일

이의신청인

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원(지원)장 귀하

### 안내사항

- 표시(\*)가 된 항목은 필수항목이므로 반드시 기재해 주시기 바랍니다.
- 이의신청 처리기간은 접수일로부터 7일(공휴일 및 토요일 제외)이며 부득이한 경우 7일의 범위에서 기간이 연장될 수 있습니다. 이 경우 신청인에게 그 사실 및 사유를 통지합니다.

[별지 제5호서식]

**개인 진료정보 ( [ ] 열람 [ ] 일부열람 [ ] 열람연기 [ ] 열람거절) 통지서**

수신자		우편번호		주소	
정보주체	성명		생년월일		
신청내용	보험종별	<input type="checkbox"/> 건강보험, 의료급여, 보훈 <input type="checkbox"/> 자동차보험			
	요양기관명				
	대상기간				
	진료정보유형	<input type="checkbox"/> 기본진료정보 <input type="checkbox"/> 처방·조제정보 <input type="checkbox"/> 기타진료정보			
열람방법	<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 우편				
통지내용					

「개인정보 보호법」 제35조제3항·제4항 또는 제5항과 동법 시행령 제41조제5항 또는 제42조제2항에 따라 귀하의 개인 진료정보 열람 신청에 대하여 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

건강보험심사평가원(지원)장 직인

