

[별지 제1호 서식]

장기요양 병원동행 시범사업 참여 신청서

※ 작성방법 및 유의사항(뒷면)을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 칸은 작성하지 않습니다

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일자		
① 신청인 (대표자)	성명	생년월일	
	주소	전화번호	
② 기관정보	기관명	기관기호	지정일
	주소	우편번호	
③ 급여종류	통합재가서비스 주야간보호형 [] 통합재가서비스 가정방문형 [] 노인요양시설 []		

[개인정보 수집·이용 내역]

- ① 개인정보의 수집·이용 목적: 병원동행 시범사업 운영 및 평가
- ② 수집하려는개인정보의 항목: 성명, 생년월일, 전화번호, 주소
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 병원동행 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 귀중

작성방법 및 유의사항

- ① 신청인(대표자)의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 기재합니다.
- ② 시범사업에 참여할 기관 정보(기관명, 기관기호, 지정일, 주소, 우편번호)를 기재합니다.
- ③ 귀 기관에서 제공하고 있는 급여종류를 체크합니다.

처 리 절 차

신청서 제출



접수 및 심사



선정결과 통보

신청인

공단(선정위원회)

공단

[별지 제2호 서식]

장기요양 병원동행 시범사업 참여 종결 신청서

※ 접수번호와 접수일은 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일	
장기 요양 기관	기관명		기관기호
	소재지		기관전화번호
	대표자 성명		대표자 연락처 ·일반전화 : () - ·팩스번호 : () - ·휴대전화 :
	종결사유		

본 기관은 위와 같은 사유로 「병원동행 시범사업」 참여를 종결하고자
신청서를 국민건강보험공단에 제출합니다.

기관장(대표자)

년 월 일
(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

[별지 제3호 서식]

장기요양 병원동행 시범사업 참여기관 현황(변경)통보서

(앞쪽)

① 장기요양기관명			② 기관기호	
③ 기관의 장(대표자)	성명		생년월일	
④ 장기요양기관 주소				전화번호)
				팩스번호)
⑤ 기관의 장(대표자) 자택 주소				전화번호)
				휴대전화)
⑥ 사업자등록번호				
⑦ 변경사항				
구분	변경 전		변경 후	
▪ 기관명				
▪ 기관기호				
▪ 대표자				
▪ 기관주소				
▪ 전화번호 또는 팩스번호				
▪ 사업자등록번호				

위와 같이 장기요양 병원동행 시범사업 참여기관 현황(변경)을 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

작성방법 및 유의사항

1. 시범사업 참여기관 현황 및 변경사항을 통보 할 경우 공단에 제출 합니다.

① • ②: 장기요양기관명 및 장기요양기관 기호를 기재 합니다.

③: 기관의 장(대표자)의 성명 및 생년월일을 기재 합니다.

④: 장기요양기관 주소 및 전화번호, 팩스번호를 기재 합니다.

⑤: 장기요양기관의 장(대표자) 집 주소 및 전화번호 등을 기재 합니다.

⑥: 장기요양기관의 사업자등록번호를 기재 합니다.

2. 시범사업 참여기관은 기관명, 기관기호, 대표자, 사업자등록번호 등의 기관정보가 변경된 경우 변경된 날부터 15일 이내 변경통보서와 제출서류(양도양수계약서 등)를 공단에 제출합니다.

⑦: 통보한 사업참여기관은 기관명, 기관기호, 대표자, 기관주소, 전화번호 또는 팩스번호, 사업자등록번호 등 변경사항 기재 합니다

장기요양 병원동행 시범사업 참여를 위한
개인정보 수집 · 이용 동의서

정보주체 (수급자)	성명		생년월일	
	장기요양 인정번호	L	휴대전화번호	
	주소			

국민건강보험공단은 장기요양 병원동행 시범사업 운영을 위해 귀하의 개인정보를 수집·이용하고자 하오니, 수집·이용에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보 수집 · 이용

- ① 개인정보의 수집·이용 목적: 장기요양 병원동행 시범사업 운영 및 평가
- ② 수집하려는 개인정보의 항목: **성명, 생년월일, 주소, 휴대전화번호, 장기요양급여 본인부담률**
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: **수집일로부터 10년**
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 병원동행 시범사업 서비스 제공에 제한을 받을 수 있습니다.

내용의 함의 ☐ 내용의 안의 함의 ☐

2. 민감정보 수집 · 이용

- ① 민감정보의 수집·이용 목적: 장기요양 병원동행 시범사업 운영 및 평가
- ② 수집하려는 민감정보의 항목: **장기요양인정번호, 장기요양인정등급, 병원동행 시범사업 급여제공기록지(서비스제공 내용)**
- ③ 민감정보의 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 병원동행 시범사업 서비스 제공에 제한을 받을 수 있습니다.

내의함 ☐ 내의안함 ☐

$$\overline{10}, \overline{01}, \overline{11}$$

본인 성명 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 귀중

[별지 제5호 서식]

장기요양 병원동행 시범사업 제공을 위한 협약서

노인요양 시설	기관명		기관기호	
	대표자		생년월일	
	주소(연락처)			
병원동행 시범사업 참여기관	기관명		기관기호	
	대표자		생년월일	
	주소(연락처)			

협약 내용

제1조(목적) 본 협약은 “_____”과 “_____” 간의 상호 협력을 통하여 노인요양시설 입소자 중 장기요양 병원동행 시범사업 이용자에게 안전한 병원동행서비스를 제공함을 목적으로 한다.

제2조(협약사항) “_____”과 “_____”은 다음 각 호의 사항을 상호 지원할 것을 협약한다.

1. 협약 병원동행 시범사업 운영기관은 노인요양시설의 요청에 따라 수급자의 병원동행 서비스를 제공한다.
2. 노인요양시설 시설관계자는 입소자의 병원명, 위치, 진료예약 시간 등 병원동행서비스 제공에 필요한 정보를 병원동행 시범사업 운영기관에 제공한다.
3. 병원동행 시범사업 운영기관 소속 요양보호사는 귀원 후 시설관계자에게 대상자를 인계하며, 진료결과 및 처방 내역 등 의학적 권고사항을 상세히 공유한다.

제3조(협약사항의 추가) 협약기간 중이라도 상호협의에 의해 협약내용을 추가 할 수 있다.

제4조(비밀의 보장) 양 기관은 병원동행 시범사업 이용자에 대한 일체의 정보 및 협의사항에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다.

위 협약조건을 지키기 위하여 본 협약서를 작성하고 서명 날인함.

년 월 일

노인요양시설 대표자 성명

(서명 또는 인)

병원동행 시범사업 참여기관 대표자 성명

(서명 또는 인)

장기요양 병원동행 시범사업 급여계약통보서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	
① 수급자	성명	생년월일(성별)
	장기요양등급	장기요양인정번호
	주소(실거주지)	
	지자체차량 대상 여부 ☐ 예 ☐ 아니오	휠체어 종류 ☐ 수동 ☐ 전동 ☐ 해당없음
② 계약 당사자	장기요양기관명	장기요양기관기호
	계약자 성명	수급자와의 관계
	전화번호(휴대전화번호)	병원동행서비스계약일
	서비스 개시일	병원동행서비스계약기간 ~

장기요양 병원동행 시범사업 참여에 따라 수급자와 체결한 계약 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

담당자:

연락처:

전자우편주소:

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

① 수급자

- 수급자 성명, 생년월일(성별 포함), 장기요양등급, 장기요양인정번호, 실거주지를 작성합니다.
- 지자체 지자체차량(특별교통수단 등) 대상여부, 휠체어 종류를 확인합니다.

② 계약당사자

- 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 작성합니다.
- 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대전화번호)를 작성합니다.
- 병원동행서비스계약일: 병원동행서비스 시범사업에 참여하기로 하고 병원동행서비스 급여계약을 체결한 날짜를 작성합니다.
- 병원동행서비스개시일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 병원동행서비스 급여계약을 체결한 후 병원동행서비스 급여제공을 시작한 날짜를 작성합니다.
- 병원동행서비스계약기간: 병원동행서비스 급여계약기간을(계약 시작일과 종료일)을 작성합니다.

④유의사항

1. 병원동행서비스 시범사업 “병원동행서비스”와 관련된 계약통보서를 작성합니다.
2. ②계약당사자가 수급자 본인일 경우, ‘계약자 성명’에는 수급자 성명, ‘수급자와의 관계’는 본인을 기재합니다.
3. 변경사항이 있는 경우, 추가 작성하여 공단(요양자원실 요양급여개발부)에 통보합니다.

장기요양 병원동행 시범사업 급여제공기록지

(앞쪽)

수급자 성명	생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호
장기요양기관명		장기요양기관기호	

서비스 이용일	()년 월/일	/	/	/	/
		☐ 왕복 ☐ 편도	☐ 왕복 ☐ 편도	☐ 왕복 ☐ 편도	☐ 왕복 ☐ 편도

이동 지원	서비스 제공장소 및 제공시간	출발지				
		병원명				
		도착지				
		시작시간	:	:	:	
		종료시간	:	:	:	
		총 이동거리	Km	Km	Km	
		이동보조기				
	이동방법	시작	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보
		종료	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보	☐ 지자체 차량 ☐ 대중교통 ☐ 도보

병원 돌봄	서비스내용	접 수	☐	☐	☐	☐
		진 료	☐	☐	☐	☐
		검 사	☐	☐	☐	☐
		약처방 및 수령	☐	☐	☐	☐
		기타				

기타	특이사항				
----	------	--	--	--	--

서명	장기요양요원 성명 (서명 또는 인)				
	수급자 또는 보호자 성명(서명 또는 인)				

(뒤쪽)

구분	세부내용
----	------

서비스 이용일 급여제공일 및 왕복, 편도 구분하여 기재

이동 지원

서비스 제공장소 및 제공시간	(출발지) 자택, 기관, 기타(자녀 집 등) 기재 (병원명) 해당사항 기재 (도착지) 상동 (출발/도착시간) 각 해당사항 기재 (이동거리) '출발지~경유지~도착지 기준' 지도 검색 상 이동거리 기재 (이동보조기) 지팡이, 휠체어 등 이동 보조수단 수기 기재
이동방법	(시작) 해당하는 이동방법을 체크 (종료) 해당하는 이동방법을 체크

병원 돌봄

서비스내용	접수, 진료, 검사, 약처방 및 수령, 기타 병원돌봄 서비스 여부 체크(해당사항 없을 시 공란) 기타 추가사항이 있을 시 기타에 기재
특이사항	병원 돌봄 수행 시 특이사항 기재

서명

장기요양요원 성명(서명)	장기요양요원 성명(서명 또는 인) 기재
수급자 또는 보호자 성명(서명 또는 인)	수급자 또는 보호자 성명(서명 또는 인) 기재

유의사항

1. 서비스 이용일란에는 병원동행 급여제공날짜를 기록합니다.
2. 교통수단을 이용한 병원동행 사실을 증빙할 교통 운임 영수증(사본), 병원비 신용카드 매출전표(사본) 반드시 제공기록지와 함께 첨부(보관)하여야 합니다.
3. 이동보조기: 휠체어, 지팡이, 보행기, 기타 중 해당사항 있을 경우만 수기 기재 합니다.

[별지 제8호 서식]

장기요양 병원동행 시범사업
병원동행 서비스 인계 확인서

수급자	성명		인정번호	L
	기관명		기관기호	

인계자	성명		연락처	
	수급자와의 관계	☐ 장기요양요원	직종	
			소속 기관명	
		☐ 가족	관계	
인계사유		(인수자가 보호자인 경우) ☐ 입원 ☐ 건강상태 악화 등의 사유로 귀가 (인수자가 장기요양요원인 경우) ☐ 병원진료·건강검진 등 병원동행 서비스 수행 등		
인계시간		:		
인계내용		(간략히 작성)		

위와 같이 인계·인수합니다.

인수자	성명		연락처	
	수급자와의 관계	☐ 장기요양요원	직종	
			소속 기관명	
		☐ 가족	관계	

이	때	지
---	---	---

인계자 (서명 또는 인)

인수자 (서명 또는 인)