

사본발행번호: \_\_\_\_\_  
 환자 본인 및 구비서류를 확인하였습니다. 담당자 확인(서명): \_\_\_\_\_

## 의무기록 사본발급(열람) 신청서

환자명 : \_\_\_\_\_  
 등록번호 : \_\_\_\_\_

신청목적 : 보험회사 타병원 병사용 직장용 공공기관 개인보관 기타

20      년      월      일

신청인 \_\_\_\_\_ (서명) 환자와의 관계 \_\_\_\_\_

\*의료법 시행규칙 제 13조 2항에 따른 구비서류\*(준비한 서류에 체크하여 주세요)

신청자	환자의 나이		구비서류
환자 본인	환자 만 17 세 이상 (주민등록증 발급자)		<input type="checkbox"/> 환자 본인의 신분증 또는 사본
	환자 만 14 세 이상~만 17 세 미만 (주민등록 미발급자)		<input type="checkbox"/> 학생증
	환자 만 14 세 미만		<input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류 <input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인 신분증 또는 사본
환자친족 배우자 · 직계존속 · 직계비속 · 배우자의직계존속	환자 만 17 세 이상 (주민등록증 발급자)		<input type="checkbox"/> 환자 본인의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 환자 자필서명한 동의서 <input type="checkbox"/> 친족관계 증명서
	환자 만 14 세 이상~만 17 세 미만 (주민등록 미발급자)		<input type="checkbox"/> 환자 본인의 학생증 <input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 환자 자필서명한 동의서 <input type="checkbox"/> 친족관계 증명서
	환자 만 14 세 미만	법정대리인만 가능	환자 본인의 경우와 같음
환자 대리인 형제 · 자매 · 보험회사등	환자 만 17 세 이상 (주민등록증 발급자)		<input type="checkbox"/> 환자 본인의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 동의서 <input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 위임장
	환자 만 14 세 이상~만 17 세 미만 (주민등록 미발급자)		<input type="checkbox"/> 환자 본인의 학생증 <input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 사본 <input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 동의서 <input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 위임장
	환자 만 14 세 미만		<input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 또는 사본 <input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인이 자필서명한 동의서 <input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인이 자필서명한 위임장 <input type="checkbox"/> 환자의 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
환자가 사망한 경우, 의식불명 또는 중증의 질환으로 자필서명을 할 수 없는 경우			<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 사본 <input type="checkbox"/> 가족관계증명서, 주민등록 등본 등 친족관계를 확인할 수 있는 서류 <input type="checkbox"/> 가족관계증명서, 제적등본, 사망진단서 등 사망사실을 확인할 수 있는 서류, 의식불명, 중증의 질환을 확인할 수 있는 진단서

\* 신분증 또는 신분증 사본은 반드시 사진이 있는 것이어야 함  
 \* 동의서 및 위임장의 자필서명은 도장 및 지장은 인정되지 않음  
 \* 동의서에는 사본발급 받는 범위(날짜, 기록지 범위 등)가 구체적으로 명기되어야 함  
 \* 정보주체로서의 권리행사 연령은 만 14세 이상