

보호된 건강 정보(Protected Health Information, 이하 PHI) 공개에 대한  
건강 보험 정보의 이전 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability  
and Accountability Act, 이하 HIPAA)의 승인

**섹션 A: 회원 정보**

이 섹션은 자신의 정보를 다른 사람 또는 기관에 공개하기를 요청하는 회원에  
해당되는 내용입니다. 이 섹션의 모든 항목을 기재하여 주십시오.

**섹션 B: 공개가 허락되는 정보**

이 섹션에서는 귀하께서 공개하고자 하는 정보가 어떤 것인지 알려 주십시오.  
공개를 허용하려는 문서의 종류를 구체적으로 알려주십시오. 예를 들어 최근 의료  
사건과 관련된 PHI 를 개인에게 부여하는 경우, 해당 의료 사건의 날짜, 요청하는  
문서의 종류(예: 청구 기록, 사전 승인 기록 또는 약국 기록)을 기록하고, 제외시키고  
싶은 문서의 종류도 명시하십시오.

**섹션 C: 권한의 목적**

귀하의 정보 공개를 요청한 이유를 선택하십시오. 특정한 이유가 있을 경우 “기타”  
아래에 해당 이유를 기재하십시오. 예를 들어 현재 진행 중인 청구 소송을 위해  
귀하께서 허락하려는 사람(들) 또는 기관(들)이 귀하의 보호된 건강 정보를  
수령하도록 허락하려는 경우, **"청구 결정에 항소 제기"** 또는 이와 유사한 내용을  
해당 란에 기입하십시오.

**섹션 D: 이 정보를 받도록 허락되는 사람 또는 기관**

귀하의 PHI 를 받을 수 있도록 허락하는 사람(들) 또는 기관(들)의 이름을  
입력하십시오. 예를 들어 귀하의 배우자, 성인 자녀 또는 기타 개인에게 귀하의  
PHI 를 받도록 허락하려는 경우 이 섹션에 그 사람의 이름을 입력하십시오. 기관(예:  
중개업체, 법률 사무소, 보험 회사 등)에게 허락하려는 경우 이 섹션에 해당 기관의  
구체적인 이름을 입력하십시오. **예를 들면 "존 스미스 닥터" 또는 "메리  
도(배우자)"와 같이 기재하시면 됩니다.** 귀하와 해당 개인(들) 또는 기관(들)과의

관계(예: 배우자, 성인 자녀 등)을 적고 이들의 전화 번호도 기재해 주십시오.

## 섹션 F: 공개 허용 만료 날짜

공개 허용이 특정 날짜에 만료되기를 원할 경우 첫 번째 선택 상자에 체크 표시하십시오. 만료 날짜를 기재하십시오. 또는 “**서명 날짜로부터 1 년**”과 같이 공개 허용이 특정 사건일에 만료되기를 원할 경우 두 번째 상자에 체크 표시하십시오.

## 섹션 G: 서명

귀하께서 회원인 경우, 서명하시고 해당 양식에 서명 날짜를 기재하십시오. 요청을 처리하기 위해서는 귀하께서 서명하고 사진이 나와있는 유효한 정부 발행 신분증 (ID) 사본을 요청서와 함께 반드시 제출해야 합니다.

만약 귀하께서 회원의 개인 대리인이실 경우, 이름을 기입하고, 해당 양식에 서명 날짜를 기재하고, 회원과의 관계를 명시하십시오. 요청을 처리하기 위해서는 귀하께서 서명하고 사진이 나와있는 유효한 정부 발행 신분증 (ID) 사본을 요청서와 함께 반드시 제출해야 합니다. 또한 귀하께서 회원의 승인된 개인 대리인임을 나타내는 법적 서류의 사본을 반드시 제출해야 합니다.

- 법적 서류의 예:
  - **의료 위임장(Power of Attorney for Health Care)** — 이 문서는 귀하께서 신뢰하는 사람에게 귀하를 대신해서 의료 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 특정 개인에게 위임하는 서류입니다.
  - **법적 보호권(Legal Guardianship)** — 이 문서는 법원이 특정인에게 다른 사람을 돌보도록 지정하는 서류입니다.
  - **보호자 설정(Conservatorship of the Person)** — 이 문서는 법원이 자기 자신을 위해 책임있는 결정을 내리지 못하는 사람을 위해 결정을 내려줄 수 있는 사람을 지정하는 서류입니다.
  - **유언 집행자(Executor of Estate)** — 이 유형의 문서는 대리/변호를 받고 있는 대상이 사망했을 경우 사용될 수 있는 서류입니다.

귀하의 기록을 위해 본 양식의 사본을 보관하십시오