

엔허투®주 약제비 환급 프로그램 소개서

01. 프로그램 목적

본 약제비 환급 프로그램은 엔허투®주 100mg를 전액본인부담으로 처방 받아 구매한 내용에 대해서 일부 금액을 환자에게 환급 (위험분담 계약상의 환급률에 따름) 하는 프로그램입니다.

02. 지원 대상 및 범위

- 1 엔허투®주를 허가사항 내 전액본인부담(100/100)으로 투여 받은 환자
- 2 기타 (건강보험심사평가원의 “허가초과 항암요법”에 해당하는 요법으로 치료받은 경우)에 해당하며, 전액본인부담(100/100)으로 투여 받은 환자

* 제출한 서류의 적정성 심사 후 모든 서류가 완료된 날을 기준으로 엔허투®주 100mg 약제비에 한하여 위험분담 계약상의 환급률에 따라 30일 이내 환급됩니다.

03. 운영 기간

본 프로그램은 2024년 4월 1일부터 해당 환급 프로그램 종료 시까지 운영됩니다.

* 본 프로그램은 약물 처방일 기준으로 90일 이내 신청하는 것을 권고 드립니다.

04. 구비 서류

최초 신청	재신청
약제비 환급 프로그램 신청서 및 개인정보 처리 동의서(환자용) 약제비 환급 프로그램 확인서(의사용) 비밀유지 협약서(회사 보관용) 약제비 수납 영수증 진료비 세부내역서 통장사본	약제비 수납 영수증 진료비 세부내역서

- * 온라인으로 접수 시에는 ‘약제비 환급 프로그램 신청서 및 개인정보 처리 동의서(환자용)’과 ‘비밀유지 협약서’는 웹사이트 동의로 대체되므로 제출하지 않으셔도 됩니다.
- * 대리인의 계좌로 환급을 받으시는 경우, 위임장, 대리인의 통장사본, 가족관계증명서를 추가로 제출해 주셔야 합니다.
- * 진료비 세부내역서에서 엔허투®주 투여 받았음을 확인할 수 있어야 하며, 약제비 수납 영수증과 진료비 세부내역서에 기재된 진료 날짜가 동일인지 꼭 확인해 주시기 바랍니다.
- * 비밀유지 협약서(환자 보관용)은 작성 후 보관해 주시면 됩니다.

* 본 자료는 반드시 보건의료전문가를 통해 엔허투®주를 처방 받은 환자에게만 제공되어야 합니다.

[수입판매원] 한국다이하이지산교(주) 서울 중구 을지로5길 26 미래에셋 센터원빌딩 동관 15층 TEL: 02-3453-3300

[공동판매원] 한국아스트라제네카(주) 서울시 강남구 영동대로 517 아셈타워 21층 TEL: 02-2188-0800 | FAX: 02-2188-0852



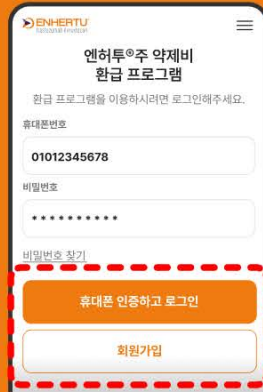
온라인 접수 방법

온라인 접수를 위한 웹사이트 가입은 환자 본인 명의의 휴대폰을 통한 본인인증이 필요합니다.



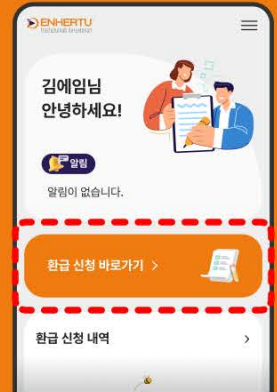
1 QR코드 스캔

핸드폰 카메라 앱을 켜서 위의 QR코드를 스캔하시거나 핸드폰 또는 컴퓨터에서 위의 주소를 입력하세요.



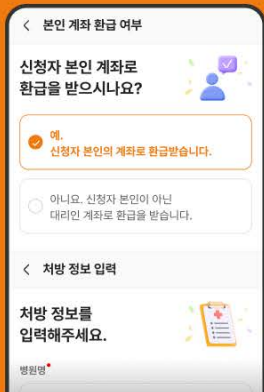
2 회원가입 및 로그인

환자 본인의 휴대폰 번호로 회원가입 및 로그인하여 이용해 주세요.



3 환급 신청 바로가기

환급 신청하기 페이지로 이동하여 '신청하기' 버튼을 누르세요.



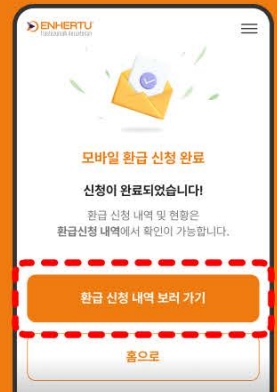
4 정보 입력

의사사항을 확인 후 신청자/대리인 및 처방정보를 입력하세요.



5 서류 제출

'파일 추가' 버튼을 눌러 미리 찍어둔 서류의 사진을 추가합니다. 등록이 필요한 서류를 모두 등록한 후, '서류 전송' 버튼을 누릅니다.



6 환급 신청 완료

서류 제출이 완료되면 검토가 시작되며 '환급 신청 내역'에서 진행 상황을 확인할 수 있습니다.

온라인 접수가 어려우신 경우 등기우편 접수도 가능하며 아래의 주소로 서류를 보내주시면 됩니다.

우편주소 서울시 강남구 도산대로 221 (신사동, 동남빌딩) 3층 (주)에임메드 엔허투®주 약제비 환급 프로그램 담당자 앞 (우)06026

엔허투®주 약제비 환급 프로그램 상담센터 ☎ 02-6925-3866

운영시간 | 오전 9시 - 오후 6시 (점심시간 12시 - 1시, 주말 및 공휴일 제외)

- 참고 및 주의 사항
- 이상사례란 약물 투여 이후 발생한 바람직하지 않고 의도되지 않은 징후(예: 비정상적인 실험실 검사 결과 포함), 증상 또는 질환을 말하며, 이는 약물과 반드시 인과관계가 있는 것은 아닙니다. 엔허투®주100mg 투약 후 이상사례를 인지하게 될 경우, 엔허투®주 약제비 환급 상담센터(02-6925-3866)로 보고가 가능하며, 보고한 경우 환자 및 의사를 통해 추가적인 정보가 요청될 수 있습니다.
 - 엔허투®주100mg 제품에 대한 정보는 한국다이이찌산코(www.daiichisankyo.co.kr, 02-3453-3300) 혹은 식품의약품안전처 의약품안전나라(<http://nedrug.mfds.go.kr>)에서 확인하여 주시기 바랍니다.

엔허투® 주 약제비 환급 프로그램 신청서 및
개인정보 처리 동의서 (환자용)

● 신청서

환자 성명		생년월일	
성별		연락처	

● 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

1. 개인정보의 처리 위탁

회사는 본 프로그램의 운영과 관련하여, 아래와 같이 개인정보의 처리 업무를 위탁하고 있습니다.

수탁자	위탁업무 내용	개인정보 보유 및 이용기간
에임메드(주)	본 프로그램 참여 신청 접수, 신청 서류 검토 및 회사에 검토 결과 보고	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 회사와 국민건강보험공단과의 위험분담계약 종료에 따라 본 프로그램이 종료될 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

2. 일반 개인정보의 수집 및 이용에 관한 동의

수집항목	수집 및 이용목적	보유 및 이용기간
성명, 생년월일, 성별, 금융기관 계좌 정보 (입금은행명, 계좌번호, 예금주), 연락처, 병원 정보, 기타 귀하가 작성, 제출하신 본 프로그램 관련 자료에 포함된 개인정보 일체	본인 확인, 본 프로그램 참여 자격 확인, 본 프로그램 관련 연락, 환급 서비스 제공, 본 프로그램 관련 민원 처리 등	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 개인정보를 본 프로그램 종료 후 5년까지 보유 및 이용합니다.
이니셜, 생년월일, 성별, 연락처, 병원 정보	약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 관련 기록 유지	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 수집 및 이용 목적을 달성할 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

* 환자 분께서는 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있으나, 이 경우 본 프로그램 참여가 제한될 수 있습니다.

3. 민감정보의 수집 및 이용에 관한 동의

항목	세부내용
수집항목	본 프로그램 관련 서류, 진단서, 약제비 수납 영수증, 약제 처방전 및 이에 기재된 적응증 및 투여약품, 회차별 투약량 등 건강정보, 보건의료전문가의 대상자격 확인정보 등
수집 및 이용목적	본 프로그램의 대상 자격 확인 및 본 프로그램 대상 자격 환자의 이상사례가 보고되고 귀하가 이상사례 추적조사에 동의하신 경우 약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지
보유 및 이용기간	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 수집 및 이용 목적을 달성할 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

* 환자 분께서는 민감정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있으나, 이 경우 본 프로그램 참여가 제한될 수 있습니다.

엔허투®주 약제비 환급 프로그램 신청서 및
개인정보 처리 동의서 (환자용)

4. 개인정보의 국내 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
식품의약품안전처(한국)	이상사례 보고 데이터 베이스 구축·분석	일반개인정보: 성명(이니셜), 성별, 생년월일, 이상 사례 정보, 병원 정보 민감정보: 기재된 적응증, 투여약물, 회차별 투약량 등 건강정보	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지
한국아스트라제네카	본 프로그램 운영 결과 보고	개인정보처리자(한국다이하산코(주))가 수집하는 정보 전체	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지
국민건강보험공단	재난적의료비 지급, 환급금 적정 여부 확인, 청구내역과 환급 내역 비교를 통한 미환급자 선별	일반개인정보: 성명, 생년월일, 성별, 연락처, 병원 정보, 기타 귀하가 작성, 제출하신 본 프로그램 관련 자료에 포함된 개인정보 일체 민감정보: 기재된 투여약물, 회차별 투약량 등 건강정보	사업 대상자 지원 종료일로 부터 10년

* 환자 분께서는 개인정보의 국내 제3자 제공에 동의하지 않으실 수 있으나, 이 경우 본 프로그램 참여가 제한될 수 있습니다.

5. 개인정보의 국외 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
회사 본사를 포함한 33여 개 계열회사¹ (본사: 일본, 계열회사: 미국 등 20여 개국)	이상 사례 보고·분석·관리	일반개인정보: 성명(이니셜), 성별, 생년월일, 이상 사례 정보, 병원 정보 민감정보: 기재된 적응증, 투여약물, 회차별 투약량 등 건강정보	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지

¹계열회사(33개): Daiichi Sankyo, Inc. (United States), American Regent, Inc. (United States), Plexxikon Inc. (United States), Daiichi Sankyo Europe GmbH (Germany), Daiichi Sankyo France SAS, Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Daiichi Sankyo Italia S.p.A., Daiichi Sankyo España, S.A.U., Daiichi Sankyo UK Ltd, (England), Daiichi Sankyo (Schweiz) AG, Daiichi Sankyo Portugal, Unipessoal Lda., Daiichi Sankyo Austria GmbH, Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A., Daiichi Sankyo Nederland B.V., Daiichi Sankyo Ilac Ticaret Ltd. Sti. Daiichi Sankyo Ireland Ltd. Daiichi Sankyo Altkirch Sari (France), Daiichi Sankyo (China) Holding Co., Ltd., Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Beijing) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Shanghai) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Taiwan Ltd., Daiichi Sankyo Korea Co., Ltd., Daiichi Sankyo (Thailand) Ltd. Daiichi Sankyo Hong Kong Ltd., Daiichi Sankyo Brasil Farmaceutica LTDA., Daiichi Sankyo Espha Co., Ltd., Daiichi Sankyo Healthcare Co., Ltd., Daiichi Sankyo Propharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Chemical Pharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Biotech Co., Daiichi Sankyo RD Novare Co., Ltd. Daiichi Sankyo Business Associate Co., Daiichi Sankyo Happiness Co., Ltd.

* 환자 분께서는 개인정보의 국외 제3자 제공에 동의하지 않으실 수 있으나, 이 경우 본 프로그램 참여가 제한될 수 있습니다.
* 이전일시 및 이전방법: 수집시점에 정보통신망을 통하여 전송하는 방식으로 이전
* 일본 본사 및 그 계열사들의 명칭과 소재국가는 <https://www.daiichisankyo.com/worldwide/>에서 확인하실 수 있습니다.

- 일반 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

• 민감정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

• 일반 개인정보의 국내 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

• 일반 개인정보의 국외 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

• 민감정보의 국내 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

• 민감정보의 국외 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

- ☒ 의약품 처방에 대한 적합성 판단은 귀하의 담당의사가 결정하며 이 약의 투여는 환자 본인의 완전한 동의 하에 이루어지는 것입니다.
따라서, 이 약의 투여에 의해 야기될 수 있는 어떠한 문제に対해서도 추후에 민형사상 청구나 이의 제기는 일절 하지 않을 것임을 확인합니다.

☒ 본인은 상기 내용을 상세히 읽어 보았고, 이에 관하여 충분히 이해하였으며, 본인의 자유로운 의사에 의해 엔허투®주 100mg 약제비 환급 프로그램에 신청하므로 아래와 같이 서명합니다.

성 명 : _____ (서명 또는 인)

서명일 : _____ 년 월 일

엔허투®주 약제비 환급 프로그램 확인서 (의사용)

● 지원요건에 대한 적합성 확인

아래 진단 중 한 가지 이상 충족하는 환자 (해당 질환에 체크)

1	엔허투®주100mg를 허가사항 내 전액본인부담(100/100)으로 투여받은 환자		
	유방암	HER2 저발현 전이성 유방암 환자에서 1번의 전신요법 이후 이 약의 단독요법 (DESTINY-Breast04)	☐
		HER2 저발현 또는 HER2 초저발현 전이성 유방암 환자에서 한가지 이상의 내분비 요법 이후 이 약의 단독요법 (DESTINY-Breast06)	☐ HER2 저발현
			☐ HER2 초저발현
	절제 불가능한 또는 전이성 HER2 양성(IHC3+ 또는 ISH+) 유방암 환자에서의 1차 치료로서 퍼투주맙과의 병용요법 (DESTINY-Breast09)	☐	
비소세포폐암	HER2(ERBB2) 돌연변이 전이성 비소세포폐암 환자에서 백금기반 화학요법을 포함한 전신요법 후 이 약의 단독요법 (DESTINY-Lung02)	☐	
위암	이전에 트라스투주맙 기반의 요법을 투여 받은 국소 진행성 또는 전이성 HER2 양성 위 또는 위식도접합부 선암종의 2차 치료 (DESTINY-Gastric04)	☐	
2	건강보험심사평가원의 “허가초과 항암요법”에 해당하는 요법으로 치료 받은 경우에 해당하며, 전액본인부담(100/100)으로 투여 받은 환자		
	허가초과 항암요법 (진단명:)		☐

● 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

1. 일반 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의 (필수 사항)

수집항목	성명, 소속 요양기관명 등 귀하가 작성·제출하신 본 프로그램의 확인서 및 동의서에 포함된 개인정보
수집 및 이용 목적	프로그램 관련 연락 목적
보유 및 이용기간	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 개인정보를 본 프로그램 종료 후 5년까지 보유 및 이용합니다.

* 귀하는 위와 같은 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 귀하의 담당 환자가 본 프로그램에 참여하실 수 없습니다.

2. 이상사례 추적조사를 위한 개인정보의 수집 및 이용 (선택 사항)

수집항목	성명, 소속 요양기관명 및 연락처
수집 및 이용 목적	환자의 이상사례가 보고되고, 귀하가 이상사례 추적조사에 동의하신 경우 약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지
보유 및 이용기간	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 수집 및 이용목적을 달성할 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

* 귀하는 위 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있으며, 거부로 인한 불이익은 없습니다.

엔허투®주 약제비 환급 프로그램 확인서 (의사용)

3. 개인정보의 국내 제3자 제공에 관한 동의 (선택 사항)

제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
식품의약품안전처(한국)	이상사례 보고 데이터 베이스 구축·분석	성명, 소속 요양기관명 및 연락처	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지

* 귀하는 위 개인정보의 국내 제3자 제공을 거부할 수 있으며, 거부로 인한 불이익은 없습니다.

4. 개인정보의 국외 제3자 제공에 관한 동의 (선택 사항)

제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
회사 본사를 포함한 33여 개 계열회사 ¹ (본사: 일본, 계열회사: 미국 등 20여 개국)	이상 사례 보고·분석·관리	성명, 소속 요양기관명 및 연락처	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지

¹계열회사(33개): Daiichi Sankyo, Inc. (United States), American Regent, Inc. (United States), Plexxikon Inc. (United States), Daiichi Sankyo Europe GmbH (Germany), Daiichi Sankyo France SAS, Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Daiichi Sankyo Italia S.p.A., Daiichi Sankyo España, S.A.U., Daiichi Sankyo UK Ltd, (England), Daiichi Sankyo (Schweiz) AG, Daiichi Sankyo Portugal, Unipessoal Lda., Daiichi Sankyo Austria GmbH, Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A., Daiichi Sankyo Nederland B.V., Daiichi Sankyo Ilac Ticaret Ltd. Sti. Daiichi Sankyo Ireland Ltd. Daiichi Sankyo Altkirch Sari (France), Daiichi Sankyo (China) Holding Co., Ltd., Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Beijing) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Shanghai) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Taiwan Ltd., Daiichi Sankyo Korea Co., Ltd., Daiichi Sankyo (Thailand) Ltd. Daiichi Sankyo Hong Kong Ltd., Daiichi Sankyo Brasil Farmaceutica LTDA., Daiichi Sankyo Espha Co., Ltd., Daiichi Sankyo Healthcare Co., Ltd., Daiichi Sankyo Propharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Chemical Pharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Biotech Co., Daiichi Sankyo RD Novare Co., Ltd. Daiichi Sankyo Business Associate Co., Daiichi Sankyo Happiness Co., Ltd.

* 귀하는 위 개인정보의 국외 제3자 제공을 거부할 수 있으며, 거부로 인한 불이익은 없습니다.

* 이전일시 및 이전방법: 수집시점에 정보통신망을 통하여 전송하는 방식으로 이전

* 일본 본사 및 그 계열사들의 명칭과 소재국가는 <https://www.daiichisankyo.com/worldwide/>에서 확인하실 수 있습니다.

본인은 상기 내용을 상세히 읽어 보았고, 이에 관하여 충분히 이해하였으며, 이에 동의하지 않더라도
담당 환자가 본 프로그램에 참여하지 못하는 것 이외에 다른 불이익은 없음을 잘 알고 있습니다.
아울러 이상사례 추적조사를 위한 개인정보 수집 및 제공에 동의하지 않더라도 담당 환자가 본 프로그램에 참여할 수 있음을 잘 알고 있습니다.
본인의 자유로운 의사에 의해 아래와 같이 동의하며, 이에 서명합니다.

* 선택 사항에 '동의함' 또는 '동의하지 않음'을 선택하지 않으신 경우, '동의하지 않음'으로 간주합니다.

- (필수) 본 환자가 엔허투®주100mg약제비 환급 프로그램의 참여자로서 요건을 충족함을 확인합니다.

☐ 동의함☐ 동의하지 않음

• (필수) 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

☐ 동의함☐ 동의하지 않음

• (선택) 이상사례 추적조사를 위한 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

☐ 동의함☐ 동의하지 않음

위 추적조사에 동의한 경우, 이메일 주소 또는 전화번호:

• (선택) 일반 개인정보의 국내 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함☐ 동의하지 않음

• (선택) 일반 개인정보의 국외 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함☐ 동의하지 않음

병원명 : _____

성 명 : _____ (서명 또는 인)

서명일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

엔허투®주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 비밀유지확약서 (환급 요청자 보관용)

본 비밀유지확약(이하 “본 확약”)은 환급 요청자(본 확약 제1조에서 정의함)가 한국다이하이퍼산교(주)(이하 “회사”)의 제품인 엔허투®주 (이하 “본건 약제”)에 대한 약제비 일부 환급 프로그램과 관련하여 준수해야 하는 비밀유지의무 및 위반 시 손해배상책임 등 제반 사항을 정함을 목적으로 합니다.

본 환급 요청자는 회사와 국민건강보험공단(이하 “공단”)이 체결한 위험분담계약 및 약제비 일부 환급과 관련하여 본 확약에 따라 아래 사항을 준수할 것을 확약합니다.

제1조 (본 확약의 당사자)

(1) 환급 요청자

본 확약에서 환급 요청자는 국민건강보험법에 따라 본건 약제를 허가사항 범위 내에서 전액본인부담으로 처방 및 투여 받은 환자 (이하 “전액본인부담환자”) 또는 그를 적법하게 대리하여 약제비 일부 환급을 요청하는 자로, 회사와 공단 간에 체결한 본건 약제에 대한 위험분담계약 (이하 “위험분담계약”) 제16조에 의거하여 본건 약제의 요양급여비용으로 지급한 비용 중 위험분담계약 제3조 제1항에 규정된 환급률에 의해 산출된 금액의 환급(이하 “본건 환급”)을 회사 및 수탁회사에게 요청한 자(이하 “환급 요청자”)입니다.

(2) 수탁회사

본 확약에서 수탁회사는 위험분담계약과 관련하여, 회사와 2026년 4월 1일자 업무제휴협약을 통해 환급 요청자의 회사에 대한 약제비 일부 환급금 지급 청구(이하 “환급금 지급 청구”) 관련 문의에 대한 응대, 절차 안내, 환급금 지급 청구 접수, 환급금 지급 및 기타 본건 환급 관련 업무를 수행하기로 협약한 에임메드(주)입니다.

(3) 회사

본 확약에서 회사는 대한민국의 제약회사인 한국다이하이퍼산교(주)로, 위험분담계약에 의거하여 환급 요청자의 환급금 지급 청구에 따라 수탁회사와의 사이에 2026년 4월 1일자 업무제휴협약을 통해 본건 환급 관련 업무의 수행을 수탁회사에 위탁한 자입니다.

제2조 (확약의 목적)

본 확약은 환급 요청자가 본건 환급과 관련하여 지득한 회사와 공단 간의 위험분담계약의 상세 내용에 대한 비밀유지의무 및 그 위반 시 회사에 대한 손해배상 등에 관한 제반 사항을 정함을 목적으로 합니다.

제3조 (비밀정보)

(1) 본 확약상 “비밀정보”라 함은, 위험분담계약과 관련하여 회사 또는 공단이 환급 요청자에게 제공하거나 기타 여하의 방법으로 환급 요청자가 지득한 정보(비밀표시 여부와 제공방법을 불문함)를 의미하며, 다음의 각 호의 사항을 포함하나, 이에 한정되지 아니합니다.

- 위험분담계약상의 약제비 일부 환급률
- 위험분담계약 기간 등 위험분담계약 관련 일체의 사항

(2) 위 제1항에도 불구하고 다음의 정보는 비밀정보의 범위에 포함되지 아니합니다.

- 회사 또는 공단에 의해 환급 요청자에게 공개되기 이전에 이미 대중에게 알려진 정보(이하 “공공영역의 정보”). 다만 정보가 공공영역의 정보에 속한다는 사실의 입증책임은 환급 요청자에게 있습니다.
- 회사 또는 공단을 제외한 다른 정보의 원천으로부터 비밀유지에 대한 의무 없이 제공된 정보. 다만 해당 정보의 수령 당시 정보의 원천이 회사 또는 공단에 대하여 해당 정보와 관련하여 비밀유지의무를 부담하지 않는다는 것을 전제로 합니다.

제4조 (정보를 제공받은 자의 의무)

(1) 환급 요청자는 비밀정보를 오로지 본건 환급금 지급 청구 및 수령을 위하여만 이용하여야 합니다.

(2) 환급 요청자는 비밀정보를 제3자에게 제공하거나 또는 누설, 공개해서는 아니 됩니다. 다만, 환급 요청자는 다음 각 호의 경우 각 해당 자에게 비밀정보를 제공하거나 공개할 수 있으나, 그 범위는 최소한이 되도록 제6조에 따른 예방 및 보호조치를 포함하여 필요한 모든 조치를 다하여야 합니다.

- 법률, 규정, 감독기관, 법원 또는 정부의 명령에 의한 경우
- 본건 환급의 청구 및 환급금 수령을 위하여 정보의 사용이 필요한 환급 요청자의 대리인에게 공개하는 경우.
다만, 환급 요청자는 그 대리인으로 하여금 본 확약을 준수하도록 하여야 하고, 대리인이 본 확약을 위반하는 경우 환급 요청자가 그에 대한 책임을 부담합니다.
- 회사의 사전 서면 동의를 받은 경우

제5조 (환급 절차의 진행에 대한 비밀유지)

회사의 사전 서면 동의가 없는 이상 환급 요청자 본인 또는 그 대리인은 다음 각 호의 사항을 공개하지 못합니다.

- 비밀정보가 환급 요청자 본인 또는 그 대리인에게 제공되었다는 사실 및 이를 추정할 수 있는 정보나 자료
- 환급 요청자 본인과 회사간 본건 환급과 관련하여 협의가 이루어지고 있다는 사실 및 이를 추정할 수 있는 정보나 자료
- 본건 환급과 관련한 협상, 협의, 조건, 사실관계 또는 이를 추정할 수 있는 정보나 자료

제6조 (예방 및 보호조치)

- (1) 환급 요청자는 본인 또는 그 대리인이 본 약약을 위반하지 않도록 모든 예방적 조치를 취하여야 합니다. 환급 요청자는 본인 또는 그 대리인이 본 약약상 의무를 위반할 경우 자신의 비용으로 그에 대한 모든 책임을 집니다(환급 요청자가 전액본인부담환자인 경우 대리인의 본 약약상 의무 위반에 대하여도 전액본인부담환자의 비용으로 모든 책임을 집니다). 또한 회사의 사전 서면동의가 없는 이상 서면상의 비밀정보를 복사하거나 재생산하지 아니합니다.
- (2) 만일 환급 요청자가 관련 법령, 규정, 감독기관 또는 법원이나 정부의 명령에 의하여 비밀정보를 공개하여야 하거나 공개를 요청받은 경우, 해당 자료를 공개하기 전에 회사가 보호조치를 취할 수 있도록 빠른 시일 이내에 그러한 명령이나 요청이 있었다는 사실을 회사에게 서면으로 통지하여야 합니다.
- (3) 제2항의 경우, 만일 보호조치가 이루어지지 아니하고 비밀정보를 공개하게 되는 경우, 환급 요청자는 비밀정보 중 법령, 규정, 감독기관 또는 법원이나 정부의 명령에 의하여 공개가 요구된다고 인정되는 부분만을 공개하여야 하며 그와 같이 공개되는 자료에 대한 비밀유지가 최대한 이루어질 수 있도록 합리적인 노력을 기울여야 합니다.
- (4) 어떠한 경우라도 환급 요청자는 회사의 적절한 보호명령이나 비밀유지를 위한 노력을 함에 있어서 협조하여야 하며, 그에 반하는 행위를 할 수 없습니다.

제7조 (손해배상)

- (1) 환급 요청자는 본 약약상의 의무를 위반하거나 법령을 위반하여 회사에 손해가 발생하였을 경우 그 손해에 대한 배상책임을 부담합니다. 회사는 위와 같은 손해가 발생하였거나 그러한 우려가 있는 경우 가처분 등 임시적 조치를 취할 수 있습니다. 단, 천재지변, 국가비상 사태, 전쟁, 테러, 정부의 조치 기타 환급 요청자의 지배범위 밖의 사유로 인하여 회사 및 제3자에게 발생시킨 손해에 대하여는 면책되는 것으로 합니다.
- (2) 환급 요청자 본인(그 대리인 포함)이 본 약약상의 의무를 위반하거나 법령을 위반하여 회사의 위험분담계약이 해지되거나 회사가 본건 약제의 약가 인하 등의 불이익 처분을 받았을 경우, 환급 요청자는 그로 인한 회사의 모든 손해를 배상할 책임을 부담합니다.

제8조 (약약의 해석 및 관할 법원)

본 약약과 관련하여 분쟁 또는 이견이 발생한 경우 상호 원만한 해결을 위하여 노력하되, 합의에 이르지 못하는 경우 소송을 통해 해결하며 서울중앙지방법원을 제1심 관할 법원으로 합니다.

제9조 (비밀유지 기간)

환급 요청자의 본 약약상 의무는, 본 약약 등에서 특별히 달리 규정되거나 당사자 사이에 별도의 서면 합의가 없는 이상, 본건 환급이 완료된 이후에도 존속합니다. 본 환급요청자는 위와 같은 사항을 준수할 것을 약약합니다.

**본 환급요청자는 위와 같은 사항을 준수할 것을 약약하며,
본 약약서를 총 2부 작성하여 환급요청자와 회사가 각 1부씩 보관합니다.**

서명일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

환급 요청자 성명 : _____ (서명 또는 인)

전액본인부담 환자와의 관계 : ☐ 환자 본인 ☐ 기타(환자와의 관계를 적어주세요.)

엔허투®주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 비밀유지확약서 (회사 보관용)

본 비밀유지확약(이하 “본 확약”)은 환급 요청자(본 확약 제1조에서 정의함)가 한국다이하이퍼산교(주)(이하 “회사”)의 제품인 엔허투®주 (이하 “본건 약제”)에 대한 약제비 일부 환급 프로그램과 관련하여 준수해야 하는 비밀유지의무 및 위반 시 손해배상책임 등 제반 사항을 정함을 목적으로 합니다.

본 환급 요청자는 회사와 국민건강보험공단(이하 “공단”)이 체결한 위험분담계약 및 약제비 일부 환급과 관련하여 본 확약에 따라 아래 사항을 준수할 것을 확약합니다.

제1조 (본 확약의 당사자)

(1) 환급 요청자

본 확약에서 환급 요청자는 국민건강보험법에 따라 본건 약제를 허가사항 범위 내에서 전액본인부담으로 처방 및 투여 받은 환자 (이하 “전액본인부담환자”) 또는 그를 적법하게 대리하여 약제비 일부 환급을 요청하는 자로, 회사와 공단 간에 체결한 본건 약제에 대한 위험분담계약 (이하 “위험분담계약”) 제16조에 의거하여 본건 약제의 요양급여비용으로 지급한 비용 중 위험분담계약 제3조 제1항에 규정된 환급률에 의해 산출된 금액의 환급(이하 “본건 환급”)을 회사 및 수탁회사에게 요청한 자(이하 “환급 요청자”)입니다.

(2) 수탁회사

본 확약에서 수탁회사는 위험분담계약과 관련하여, 회사와 2026년 4월 1일자 업무제휴협약을 통해 환급 요청자의 회사에 대한 약제비 일부 환급금 지급 청구(이하 “환급금 지급 청구”) 관련 문의에 대한 응대, 절차 안내, 환급금 지급 청구 접수, 환급금 지급 및 기타 본건 환급 관련 업무를 수행하기로 협약한 에임메드(주)입니다.

(3) 회사

본 확약에서 회사는 대한민국의 제약회사인 한국다이하이퍼산교(주)로, 위험분담계약에 의거하여 환급 요청자의 환급금 지급 청구에 따라 수탁회사와의 사이에 2026년 4월 1일자 업무제휴협약을 통해 본건 환급 관련 업무의 수행을 수탁회사에 위탁한 자입니다.

제2조 (확약의 목적)

본 확약은 환급 요청자가 본건 환급과 관련하여 지득한 회사와 공단 간의 위험분담계약의 상세 내용에 대한 비밀유지의무 및 그 위반 시 회사에 대한 손해배상 등에 관한 제반 사항을 정함을 목적으로 합니다.

제3조 (비밀정보)

(1) 본 확약상 “비밀정보”라 함은, 위험분담계약과 관련하여 회사 또는 공단이 환급 요청자에게 제공하거나 기타 여하의 방법으로 환급 요청자가 지득한 정보(비밀표시 여부와 제공방법을 불문함)를 의미하며, 다음의 각 호의 사항을 포함하나, 이에 한정되지 아니합니다.

- 위험분담계약상의 약제비 일부 환급률
- 위험분담계약 기간 등 위험분담계약 관련 일체의 사항

(2) 위 제1항에도 불구하고 다음의 정보는 비밀정보의 범위에 포함되지 아니합니다.

- 회사 또는 공단에 의해 환급 요청자에게 공개되기 이전에 이미 대중에게 알려진 정보(이하 “공공영역의 정보”). 다만 정보가 공공영역의 정보에 속한다는 사실의 입증책임은 환급 요청자에게 있습니다.
- 회사 또는 공단을 제외한 다른 정보의 원천으로부터 비밀유지에 대한 의무 없이 제공된 정보. 다만 해당 정보의 수령 당시 정보의 원천이 회사 또는 공단에 대하여 해당 정보와 관련하여 비밀유지의무를 부담하지 않는다는 것을 전제로 합니다.

제4조 (정보를 제공받은 자의 의무)

(1) 환급 요청자는 비밀정보를 오로지 본건 환급금 지급 청구 및 수령을 위하여만 이용하여야 합니다.

(2) 환급 요청자는 비밀정보를 제3자에게 제공하거나 또는 누설, 공개해서는 아니 됩니다. 다만, 환급 요청자는 다음 각 호의 경우 각 해당 자에게 비밀정보를 제공하거나 공개할 수 있으나, 그 범위는 최소한이 되도록 제6조에 따른 예방 및 보호조치를 포함하여 필요한 모든 조치를 다하여야 합니다.

- 법률, 규정, 감독기관, 법원 또는 정부의 명령에 의한 경우
- 본건 환급의 청구 및 환급금 수령을 위하여 정보의 사용이 필요한 환급 요청자의 대리인에게 공개하는 경우.
다만, 환급 요청자는 그 대리인으로 하여금 본 확약을 준수하도록 하여야 하고, 대리인이 본 확약을 위반하는 경우 환급 요청자가 그에 대한 책임을 부담합니다.
- 회사의 사전 서면 동의를 받은 경우

제5조 (환급 절차의 진행에 대한 비밀유지)

회사의 사전 서면 동의가 없는 이상 환급 요청자 본인 또는 그 대리인은 다음 각 호의 사항을 공개하지 못합니다.

- 비밀정보가 환급 요청자 본인 또는 그 대리인에게 제공되었다는 사실 및 이를 추정할 수 있는 정보나 자료
- 환급 요청자 본인과 회사간 본건 환급과 관련하여 협의가 이루어지고 있다는 사실 및 이를 추정할 수 있는 정보나 자료
- 본건 환급과 관련한 협상, 협의, 조건, 사실관계 또는 이를 추정할 수 있는 정보나 자료

제6조 (예방 및 보호조치)

- (1) 환급 요청자는 본인 또는 그 대리인이 본 약약을 위반하지 않도록 모든 예방적 조치를 취하여야 합니다. 환급 요청자는 본인 또는 그 대리인이 본 약약상 의무를 위반할 경우 자신의 비용으로 그에 대한 모든 책임을 집니다(환급 요청자가 전액본인부담환자인 경우 대리인의 본 약약상 의무 위반에 대하여도 전액본인부담환자의 비용으로 모든 책임을 집니다). 또한 회사의 사전 서면동의가 없는 이상 서면상의 비밀정보를 복사하거나 재생산하지 않습니다.
- (2) 만일 환급 요청자가 관련 법령, 규정, 감독기관 또는 법원이나 정부의 명령에 의하여 비밀정보를 공개하여야 하거나 공개를 요청받은 경우, 해당 자료를 공개하기 전에 회사가 보호조치를 취할 수 있도록 빠른 시일 이내에 그러한 명령이나 요청이 있었다는 사실을 회사에게 서면으로 통지하여야 합니다.
- (3) 제2항의 경우, 만일 보호조치가 이루어지지 아니하고 비밀정보를 공개하게 되는 경우, 환급 요청자는 비밀정보 중 법령, 규정, 감독기관 또는 법원이나 정부의 명령에 의하여 공개가 요구된다고 인정되는 부분만을 공개하여야 하며 그와 같이 공개되는 자료에 대한 비밀유지가 최대한 이루어질 수 있도록 합리적인 노력을 기울여야 합니다.
- (4) 어떠한 경우라도 환급 요청자는 회사의 적절한 보호명령이나 비밀유지를 위한 노력을 함에 있어서 협조하여야 하며, 그에 반하는 행위를 할 수 없습니다.

제7조 (손해배상)

- (1) 환급 요청자는 본 약약상의 의무를 위반하거나 법령을 위반하여 회사에 손해가 발생하였을 경우 그 손해에 대한 배상책임을 부담합니다. 회사는 위와 같은 손해가 발생하였거나 그러한 우려가 있는 경우 가처분 등 임시적 조치를 취할 수 있습니다. 단, 천재지변, 국가비상 사태, 전쟁, 테러, 정부의 조치 기타 환급 요청자의 지배범위 밖의 사유로 인하여 회사 및 제3자에게 발생시킨 손해에 대하여는 면책되는 것으로 합니다.
- (2) 환급 요청자 본인(그 대리인 포함)이 본 약약상의 의무를 위반하거나 법령을 위반하여 회사의 위험분담계약이 해지되거나 회사가 본건 약제의 약가 인하 등의 불이익 처분을 받았을 경우, 환급 요청자는 그로 인한 회사의 모든 손해를 배상할 책임을 부담합니다.

제8조 (약약의 해석 및 관할 법원)

본 약약과 관련하여 분쟁 또는 이견이 발생한 경우 상호 원만한 해결을 위하여 노력하되, 합의에 이르지 못하는 경우 소송을 통해 해결하며 서울중앙지방법원을 제1심 관할 법원으로 합니다.

제9조 (비밀유지 기간)

환급 요청자의 본 약약상 의무는, 본 약약 등에서 특별히 달리 규정되거나 당사자 사이에 별도의 서면 합의가 없는 이상, 본건 환급이 완료된 이후에도 존속합니다. 본 환급요청자는 위와 같은 사항을 준수할 것을 약약합니다.

본 환급요청자는 위와 같은 사항을 준수할 것을 약약하며,
본 약약서를 총 2부 작성하여 환급요청자와 회사가 각 1부씩 보관합니다.

서명일 : _____ 년 월 일

환급 요청자 성명 : _____ (서명 또는 인)

전액본인부담 환자와의 관계 : ☐ 환자 본인 ☐ 기타(환자와의 관계를 적어주세요.)

위임장

(대리인의 계좌로 입금을 원하는 경우)

구분	성명	위임사유
위임인 (환자 본인)		

- 본인은 엔허투®주 약제비 환급 프로그램 지원금 수령을 아래 수임인에게 위임하며, 추후 동건과 관련하여 발생할 수 있는 민,형사상의 문제에 대해 모든 책임을 질 것을 확인합니다.

위임인(환자 본인) :

(서명 또는 인)

서명일 :

년

월

일

구분	성명	환자와의 관계
수임인 (대리인)		

- 본인은 위 위임인으로부터 엔허투®주 약제비 환급 프로그램 지원금 수령을 위임받았습니다. 본인은 회사가 본 지원금 대리 수령과 관련하여 회사가 성명, 위임인과의 관계, 계좌번호를 수집, 이용함에 동의합니다.

수임인(대리인) :

(서명 또는 인)

서명일 :

년

월

일

[A4소봉투]
105mm X 220mm

보내시는 분 성명 :

주소 :

☐☐☐☐☐

보통 등기

* 이 봉투는 우체국 등기용(착불) 봉투입니다.

P26-169-2028.04-V1
KR-22625 | Exp. 2028-05 (Prep. 2026-05)



최초 신청 시

받는 사람

(주)에임메드 엔허투® 주

약제비 환급 지원 프로그램 담당자앞

서울특별시 강남구 도산대로 221(신사동, 동남빌딩 3층)

(주)에임메드

상담센터 문의 전화번호 : 02-6925-3866

0 6 0 2 6

[각대봉투]
245mm X 330mm

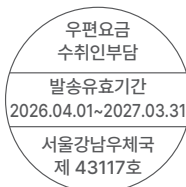
P26-169-2028.04-V1
KR-22625 | Exp. 2028-05 (Prep. 2026-05)

보내시는 분 성명 :

주소 :

보통 등기

※ 이 봉투는 우체국 등기용(착불) 봉투입니다.



최초 신청 시

받는 사람

(주)에임메드 엔허투®주
약제비 환급 지원 프로그램 담당자앞

서울특별시 강남구 도산대로 221(신사동, 동남빌딩 3층)
(주)에임메드

상담센터 문의 전화번호 : 02-6925-3866

0

6

0

2

6