



Healthcare Identifiers Service

Individual Healthcare Identifier 신청 혹은 Individual Healthcare Identifier 기록 수정 (MS003)

본 양식을 사용하는 경우

귀하(혹은 귀하께서 양육 책임을 보유한 14세 미만의 부양 자녀(들))가 Individual Healthcare Identifier (IHI)를 발급해야 하는데 다음에 해당하는 경우, 본 양식을 사용하십시오:

- Medicare 자격이 되지 않거나,
- Department of Veterans' Affairs (DVA)로부터 연금이나 수당 자격이 되지 않는 경우.

또한 기존의 IHI를 보유하고 있으며 위 범주 중 하나에 해당하는 경우, 본 양식을 사용하여 귀하(또는 부양 자녀)의 개인 정보를 수정할 수 있습니다.

14세 이상의 개인은 본 양식을 이용하여 본인 고유의 IHI를 요청할 수 있습니다.

신청할 때는 호주에 거주해야 합니다.

중요 정보

신청 결과를 알려주는 서신을 받게 됩니다.

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service는 개인과 의료 서비스 제공자들을 위해 일관된 식별 번호를 제공합니다. 헬스케어 식별번호는 치료받는 사람과 정확한 정보를 일치시킬 수 있는 수단을 제공합니다. 이를 통해 의료 서비스 제공자들 사이에서 의료 정보가 공유될 때 정확성을 향상시킵니다.

*Healthcare Identifiers Act 2010*는 legislation.gov.au에서 확인할 수 있습니다.

Individual healthcare identifiers

IHI란 의료 서비스를 목적으로 개인을 구별하기 위해 사용되는 16자리 고유 번호입니다.

식별 번호에는 어떠한 건강 정보도 연결되어 있지 않습니다. 의료서비스를 받기 위해 자신의 IHI를 외워야 할 필요는 없습니다.

14세 미만인 사람의 IHI가 신청되는 경우, 부모 혹은 후견인의 주소를 사용하여 생성되게 됩니다.

My Health Record

My Health Record란 개인 건강 정보의 온라인 개요입니다. 이는 개인이나 그들의 의료서비스 제공자들에 의해 언제라도 열람될 수 있습니다.

귀하께서 My Health Record를 받을 수 있는 대상은 다음과 같습니다.

- 자신 (자신의 IHI를 발급받은 이후), 혹은
- 14세 미만의 아동 (해당 아동의 IHI를 발급받은 이후).

더 자세한 정보는 digitalhealth.gov.au로 이동해 확인하십시오

신분 증명

IHI를 신청하거나 자신의 개인 정보 수정을 신청하는 각 사람들에 대하여 1차 서류군에서 1개의 인증 서류, 혹은 2차 서류군의 2개의 인증 서류를 제출해야 합니다. 이 서류들의 이름들은 일치해야 합니다. 제출하는 서류들은 신청 시점에서 유효해야 합니다.

귀하의 서류가 인증을 받지 않은 경우 귀하의 신청서를 처리할 수 없습니다. 서류 인증 방법에 대한 정보는 servicesaustralia.gov.au/ihi에서 알아볼 수 있습니다.

1차 서류군

- 호주 여권
- 유효한 호주 비자가 첨부된 외국 여권이나 여행 서류
- 호주 운전 면허증
- 연방정부나 주 또는 테리토리 정부가 발행한 사진 확인 신분증
- 호주 출생 증명서

2차 서류군

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)에서 발급한 UN 협약 여행 증명서
- 외국 정부에서 발급된 서류 (예: 운전면허증)
- 호주에서 발급된 보안 요원/군중 통제 사진 면허증
- DFAT에서 발급한 영사 사진 신분증
- 호주 대학 학생 사진 신분증
- 호주 중고생 학생 사진 신분증
- 호주 대학의 인증된 학업 성적표
- 호주 은행 혹은 금융 기관 카드.

본인 또는 자녀의 개인정보(성별이나 전화번호와 같은 연락처 정보 제외)를 수정해야 하는 경우, 다음 중 하나의 인증된 증빙 서류를 함께 제출해야 합니다.

- 성명 변경 증명서
- 결혼 증명서
- 호주 여권
- 유효한 호주 비자가 첨부된 외국 여권이나 여행 서류.

자세한 정보를 원하시면

다음과 같이 하세요:

- servicesaustralia.gov.au/ihi로 이동해 확인하세요
 - healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au로 이메일을 보내세요
- 보안이 되지 않는 네트워크 또는 이메일 채널을 통해 개인 정보를 전송하는 경우 위험이 있을 수 있습니다.
- 도움이 필요하거나 무료 통역 서비스를 요청하려면 1300 361 457 번으로 전화하십시오. 월요일 - 금요일, 호주 동부 표준시 기준, 오전 8:30분 - 오후 5시.

Filling in this form

You can complete this form on your computer using Adobe Acrobat Reader, or you can print it.

For help on how to fill in our forms, go to
servicesaustralia.gov.au/formhelp

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this  **Go to 1** skip to the question number shown.

Applicant's details

1 Dr Mr Mrs Miss Ms Mx Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

 8 0 0 3 6 0

4 Your gender

Male

Female

Non-binary

Indeterminate or intersex

Prefer not to say

5 Your sex at birth

Male

Female

Intersex

6 Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

Postcode

7 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

8 I would like to:

Tick one only

get an IHI for myself  **Go to 12**

get an IHI for a dependent child

younger than 14 years of age  **Go to 9**

amend my personal details for an existing IHI  **Go to 11**

amend personal details for an existing IHI
connected to a child younger than

14 years of age  **Go to 10**

If you need to select more than one option, provide a separate form.



MCA0MS003 2512

Request an IHI for a dependent child

9 Do you have parental responsibility for this child(ren)?

No As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.

Yes Give details

Child 1 details

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male Female Non-binary

Indeterminate or intersex Prefer not to say

Sex at birth Male Female Intersex

Child 2 details

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male Female Non-binary

Indeterminate or intersex Prefer not to say

Sex at birth Male Female Intersex

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

► **Go to 12**

Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

10 Existing personal details

Dr Mr Mrs Miss Ms Mx Other

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male Female Non-binary

Indeterminate or intersex Prefer not to say

Sex at birth Male Female Intersex

Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

► **Go to next question**

11 New personal details (only provide details that have changed)

Dr Mr Mrs Miss Ms Mx Other

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male Female Non-binary

Indeterminate or intersex Prefer not to say

Sex at birth Male Female Intersex

Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

▶ Go to next question

개인정보 고지

12 귀하의 개인정보는 *Privacy Act 1988* 및 *Healthcare Identifiers Act 2010*와 같은 법률에 의해 보호되며, Healthcare Identifiers Service의 운영과 관련된 목적으로, Services Australia 및 Healthcare Identifiers Service의 서비스 운영자에 의해 수집됩니다. 본 정보의 수집은 귀하의 신청을 처리하기 위해 필요합니다.

귀하의 정보는 저희가 사용하거나, 귀하가 동의한 경우, 또는 법에 의해 요구되거나 허가된 경우 (연구 또는 조사 수행 목적 포함) 다른 당사자들에게 제공될 수 있습니다. Services Australia의 개인정보 정책을 포함한 개인 정보 관리 방식에 대한 더 자세한 정보는, servicesaustralia.gov.au/privacypolicy에서 확인하실 수 있습니다.

신청인 선언

13 본인은 다음과 같이 선언합니다:

- 본인은 이 신청서를 뒷받침하기 위해 확인 인증된 신분증 사본(들)을 제공했습니다
- 본인은 이 양식에 포함시킨 14세 미만의 아동(들)에 대한 양육 책임을 보유합니다
- 본인이 이 양식에 기입하고 제공한 모든 정보는 완전하고 정확합니다.

본인은 다음 사항들을 이해합니다:

- 본인은 본 양식에 요청 혹은 간접으로 Individual Healthcare Identifier로 Medicare 혹은 의약품 혜택 자격이 되지 않습니다
- 허위 또는 오도하는 정보를 제공하는 것은 심각한 범법행위입니다.

신청인 서명



날짜 (일 월 연도)

서식 반송

본 양식과 증빙 문서(들)를 다음 방법으로 반송하십시오.

- 이메일 주소 healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au 보안되지 않은 네트워크 또는 이메일 채널을 통해 개인 정보를 전송하는 경우 위험이 있을 수 있습니다.
- 우편 주소

Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000