

## 암환자 의료비 지원 신청서(환자용)

( 앞 쪽 )

|                |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청구분           | <input type="checkbox"/> 건강보험가입자[소아] <input type="checkbox"/> 의료급여수급자[소아]<br><input type="checkbox"/> 건강보험가입자[성인] <input type="checkbox"/> 의료급여수급자[성인] |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                  |
| 지원 대상자<br>(환자) | 성 명                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 주민등록번호       |                                                                                                                                                                                                  |
|                | 주 소                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                  |
|                | 부상 및<br>질병명                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 부상 및<br>질병코드 |                                                                                                                                                                                                  |
|                | 지급계좌번호                                                                                                                                                 | 압류방지 전용통장(행복지킴이통장) 여부<br>※압류방지통장으로 지원금 지급 불가                                                                                                                                                                                                                                 |              | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                          |
|                |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | 은행/예금주                                                                                                                                                                                           |
| 의료보장           | <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자<br><input type="checkbox"/> 의료급여수급자 ([    ]1종 / [    ]2종)          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                  |
| 신청인<br>(대리신청인) | 성 명                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 구 분          | <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족 및 친족<br><input type="checkbox"/> 보건소 공무원<br><input type="checkbox"/> 기타<br>(환자와의 관계:                      )<br>※ 기타: 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람 |
|                | 전화번호                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                  |
| 후원<br>여부       | 국가 지원금                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (기관:                                              , 금액:                      )                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                                                                  |
|                |                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 재난적의료비지원사업 <input type="checkbox"/> 긴급지원사업 <input type="checkbox"/> 장애인복지지원사업 <input type="checkbox"/> 보훈지원<br><input type="checkbox"/> 희귀질환자의료비지원사업 <input type="checkbox"/> 석면피해구제급여 <input type="checkbox"/> 산재보상서비스 <input type="checkbox"/> 기타 |              |                                                                                                                                                                                                  |
|                | 공단환급금                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (진료기간:                                              , 금액:                      )                                                                                                                                     |              |                                                                                                                                                                                                  |
|                | 개인 단체후원                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (내용:                                              , 금액:                      )                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                                                                  |

### ※ 지원 신청내역

|            |                 |                            |            |           |               |
|------------|-----------------|----------------------------|------------|-----------|---------------|
| 금회<br>신청건수 | 년               | 총 (                    ) 건 |            |           |               |
|            | 년               | 총 (                    ) 건 |            |           |               |
| 년          | 총진료비<br>(A+B+C) | 환자부담금<br>소계(A+C)           | 급여부담금 소계   |           | 비급여<br>부담금(C) |
|            |                 |                            | 본인일부부담금(A) | 보험자부담금(B) |               |
|            | 원               | 원                          | 원          | 원         | 원             |
| 신청 소계      | 본인일부부담금         |                            | 원          | 비급여 본인부담금 | 원             |
| 년          | 총진료비<br>(A+B+C) | 환자부담금<br>소계(A+C)           | 급여부담금 소계   |           | 비급여<br>부담금(C) |
|            |                 |                            | 본인일부부담금(A) | 보험자부담금(B) |               |
|            | 원               | 원                          | 원          | 원         | 원             |
| 신청 소계      | 본인일부부담금         |                            | 원          | 비급여 본인부담금 | 원             |

## ※ 총 지원현황

| 구분 | 지급한도액 | 기지급액 | 금회 지급 결정액 |             |              | 예상잔액 |
|----|-------|------|-----------|-------------|--------------|------|
|    |       |      | 계         | 본인<br>일부부담금 | 비급여<br>본인부담금 |      |
| 년  | 원     | 원    | 원         | 원           | 원            | 원    |
| 년  | 원     | 원    | 원         | 원           | 원            | 원    |
| 년  | 원     | 원    | 원         | 원           | 원            | 원    |

위와 같이 암환자 의료비 지원을 신청합니다.

| 이 | 이 | 이 |
|---|---|---|
|---|---|---|

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

보건소장 귀하

| 순<br>번 | 의료비<br>발생연도 | 요양기관 | 진료<br>구분       | 진료일자<br>(시작일~종료일, 기간)                                                        | 영수증 발행내역         |                |               | 신청 금액         |             |            |
|--------|-------------|------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|---------------|---------------|-------------|------------|
|        |             |      |                |                                                                              | 총 진료비<br>(A+B+C) | 급여 진료비         |               | 비급여<br>부담금(C) | 법정본인<br>부담금 | 비급여<br>부담금 |
|        |             |      |                |                                                                              |                  | 법정본인<br>부담금(A) | 보험자<br>부담금(B) |               |             |            |
| 1      | 년           |      | [ ]입원<br>[ ]외래 | 시작일:    년       월    일<br>종료일:    년       월    일<br>기   간: 총 (        ) 일(회) | 원                | 원              | 원             | 원             | 원           |            |
| 2      | 년           |      | [ ]입원<br>[ ]외래 | 시작일:    년       월    일<br>종료일:    년       월    일<br>기   간: 총 (        ) 일(회) | 원                | 원              | 원             | 원             | 원           |            |
| 3      | 년           |      | [ ]입원<br>[ ]외래 | 시작일:    년       월    일<br>종료일:    년       월    일<br>기   간: 총 (        ) 일(회) | 원                | 원              | 원             | 원             | 원           |            |
| 4      | 년           |      | [ ]입원<br>[ ]외래 | 시작일:    년       월    일<br>종료일:    년       월    일<br>기   간: 총 (        ) 일(회) | 원                | 원              | 원             | 원             | 원           |            |
| 5      | 년           |      | [ ]입원<br>[ ]외래 | 시작일:    년       월    일<br>종료일:    년       월    일<br>기   간: 총 (        ) 일(회) | 원                | 원              | 원             | 원             | 원           |            |

|        | 급여 | 비급여 |
|--------|----|-----|
| 총 신청금액 | 원  | 원   |