

참고

기준 중위소득의 80% 이하인 가구

- 가족 수는 주민등록등본을 기준으로 하되 실질적으로 생계 및 주거를 같이하는 2촌 이내 혈족, 직계 존 비속, 배우자로 한정
- 아래 금액은 건강보험료 기준 금액임
- 세대 내 가입자(피부양자 제외)가 2인 이상인 경우 보험료 합산

※ 건강보험료 납부 확인 시 최근 3개월 평균 금액을 기준으로 함

가구 원수	기준 중위소득 80% 이하 (원)	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합 (직장+지역)
2인	2,947,000	104,866	38,455	105,889
3인	3,772,000	134,671	80,190	135,906
4인	4,584,000	163,987	118,770	165,995
5인	5,357,000	191,507	140,849	194,124
6인	6,095,000	217,374	170,355	220,815
7인	6,812,000	243,098	200,356	247,170
8인	7,530,000	271,291	233,543	277,236
9인	8,247,000	296,718	262,392	304,986
10인	8,964,000	324,452	291,356	336,105

※ 노인장기요양보험을 제외한 금액

저소득 아토피피부염 환자 보습제 지원 안내



지원대상

- 만 18세 미만(2006. 1. 1. 이후 출생자)
- 아토피피부염(L20)으로 병 의원에서 진단받은 자
- 국민기초생활수급자, 의료급여수급자 또는 기준 중위 소득 80% 이하인 가구
- 수원시에 주민등록이 등재되어 있는 자

지원내용

- 보건소 신청자에 한하여 보습제 제공
- 등록 재신청자에 한하여 3개월 이후 재지급
- 보습제 소급지급 없음

제출서류

- 소득증명서
 - 건강보험증(의료급여증)
 - 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- 진단서, 소견서, 진료확인서 원본 중 택 1
 - 아토피피부염으로 진단(상병코드 L20)
- 주민등록등본(필요시 가족관계증명서 추가)

수원시 영통구 보건소

☎ 031) 228-8821
☎ 031) 228-8818



2024년도

아토피질환 의료비 및 보습제 지원 안내



수원시 영통구 보건소

아토피질환 의료비 및 보습제 지원

수원시에서는 아토피질환으로 고통을 받는 영유아 및 청소년이 건강하게 성장하고 학습할 수 있도록 **만 18세 미만 저소득가정을 대상**으로 **아토피질환 의료비 및 보습제**를 지원합니다.

아토피질환 의료비 지원 안내

지원대상

- 만 18세 미만(2006. 1. 1. 이후 출생자)
- 아토피피부염(L20), 알레르기비염(J30), 천식(J45, J46)으로 병·의원 또는 한방 병·의원에서 진단을 받은 자
- 국민기초생활수급자 의료급여수급자 또는 기준 중위 소득의 80% 이하인 가구
- 수원시에 주민등록이 등재되어 있는 자

신청서 제출 | 각 구 보건소 건강증진팀



장안구보건소 ☎ 228-5831
권선구보건소 ☎ 228-6421
팔달구보건소 ☎ 228-7028
영통구보건소 ☎ 228-8821

의료비 신청서 제출 서류

- 1 _ 신청서 1부
· 보건소 비치
- 2 _ 소득증명서
· 건강보험증, 건강보험료납부확인서(최근 3개월)
· 의료급여증(수급자증명서)
- 3 _ 아토피질환 확인 서류
· 진단서, 소견서, 진료확인서 중 상병코드 및 아토피질환으로 진료한 날짜가 각각 기입되어야 함
- 4 _ 주민등록등본(필요시 가족관계증명서 추가)
- 5 _ 영수증 원본
· 제출한 영수증 날짜별로 진료(병 의원 등) 및 투약사실(약국)이 확인되어야 함
(※ 약국 : 처방전 + 약국 영수증)
- 6 _ 통장 사본

지원내용

- 1인 최대 300,000원 지원(건강기능식품 제외)
- 진료비(한의원 진료비 포함), 약제비, 검사비, 진단서 및 제증명료

대상기한

- 2024년도에 발생한 의료비에 한함

신청서 제출기한

- 2024년 12월 31일까지 접수

네블라이저 지원 신청

- 네블라이저 1대
- 천식(J45, J46) 환자로 네블라이저가 필요함을 증명하는 병 의원 발행 진단서와 저소득증명서 제출

