

# 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	3,147,000	112,371	37,001	113,324
3인	4,021,000	143,298	75,675	144,905
4인	4,879,000	174,082	113,431	176,291
5인	5,687,000	201,632	134,274	204,525
6인	6,452,000	229,454	167,069	232,948
7인	7,191,000	256,716	202,363	261,360
8인	7,930,000	282,728	235,277	288,617
9인	8,669,000	311,031	269,976	320,322
10인	9,408,000	342,861	305,333	354,964

※ 노인장기요양보험을 제외한 금액

# 저소득 아토피피부염 환자 보습제 지원 안내



## 지원대상

- 만18세 미만(2007. 1. 1. 이후 출생자)
- 아토피피부염(L20)으로 병·의원에서 진단받은 자
- 국민기초생활수급자, 의료급여수급자, 차상위계층 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), 차상위계층 증명서
  - 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- 진단서, 소견서, 진료확인서 원본 중 택 1
  - 아토피피부염으로 진단(상병코드 L20)
- 주민등록등본(필요시 가족관계증명서 추가)



☎ 031) 228-8821  
☎ 031) 228-8818



# 2025년도 아토피질환 의료비 및 보습제 지원 안내



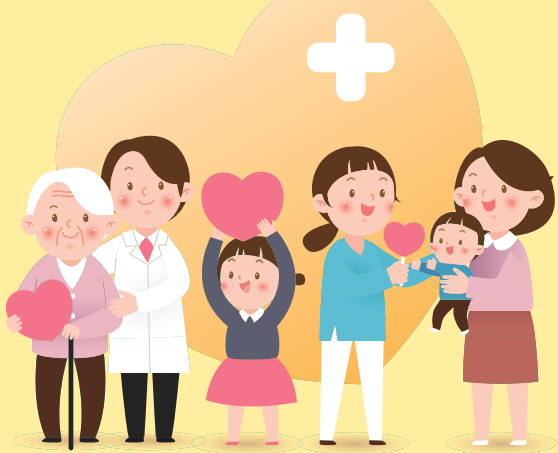
# 아토피질환 의료비 및 보습제 지원

수원시에서는 아토피질환으로 고통을 받는 영유아 및 청소년이 건강하게 성장하고 학습할 수 있도록 **만18세 미만 저소득가정을 대상으로 아토피질환 의료비 및 보습제**를 지원합니다.

## 아토피질환의료비 지원 안내

### 지원대상

- 만18세 미만(2007. 1. 1. 이후 출생자)
- 아토피피부염(L20), 알레르기비염(J30), 천식(J45, J46)으로 병·의원 또는 한방 병·의원에서 진단을 받은 자
- 국민기초생활수급자·의료급여수급자, 차상위계층 또는 기준 중위 소득 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 신청시 제출 서류

- 1\_ 신청서 1부
  - 보건소 비치
- 2\_ 소득증명서
  - 건강보험증(의료급여증), 차상위계층 증명서, 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 등

### 대상기한

- 2025년도에 발생한 의료비에 한함

### 신청서 제출기한

- 2025년 12월 31일까지 접수

### 네블라이저 지원 신청

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

