발 간 등 록 번 호
11-1352000-000870-10

www.mohw.go.kr

2019
모자보건사업 안내

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

보건복지부

C/o/n/t/e/n/t/s

2019년 모자보건사업 주요 변경내용 / iv

Ⅰ 모자보건사업 추진방향

1. 그간 정책성과 평가 ····· 3
2. 2019년 정책여건 및 정책추진 방향 ····· 5
3. 2019년도 사업예산 ····· 7

Ⅱ 모성건강

1. 모성건강 관련 통계 ····· 13
2. 표준모자보건수첩 제공 ····· 14
3. 임신·출산·육아 종합정보제공 ····· 17
4. 출산 친화적 환경조성 ····· 20
5. 위기임신 상담 제도 ····· 23
6. 산후조리원 감염 및 안전관리 ····· 24

Ⅲ 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

1. 사업개요 ····· 29
2. 서비스 대상자 선정 ····· 34
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용 ····· 37
4. 서비스 실시 ····· 41
5. 예산 집행 및 정산 ····· 42

C/o/n/t/e/n/t/s

6. 비용의 지불 정산 ····· 46
7. 개인정보 관리 ····· 49

Ⅳ 난임부부 시술비 지원사업

1. 사업개요 ····· 91
2. 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 ····· 98
3. 지원대상자 선정 ····· 105
4. 특정난임치료지원 시술종별 및 치료기간 ····· 106
5. 시술 및 시술비 지급 ····· 108
6. 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영 ····· 113
7. 난임치료시술기관 지정 ····· 114
8. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공 ····· 118
9. 기타 행정사항 ····· 119
10. 난임부부 지원사업 질의·응답 ····· 120

Ⅴ 영유아 사전예방적 건강관리

1. 사업개요 ····· 193
2. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 ····· 197
3. 선천성대사이상 검사 및 환아관리 ····· 229
4. 선천성 난청검사 및 보청기 지원 ····· 258
5. 취학전 아동 실명예방사업 ····· 290

C/o/n/t/e/n/t/s

Ⅵ 고위험 임산부 의료비 지원사업

1. 사업개요 ····· 301
2. 지원대상 및 선정기준 ····· 304
3. 지원내용 ····· 310
4. 지원절차 ····· 312
5. 사업관리 ····· 316

Ⅶ 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

1. 사업개요 ····· 333
2. 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내 ····· 336
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용 ····· 346
4. 사업비용 관리 및 정산 ····· 355

Ⅷ 보고서식 등

1. 사업별 정산보고 양식 ····· 393
2. 사업별 실적보고 양식 ····· 395
3. 일반서식(참고) ····· 398

부 록 ····· 407

2019년 모자보건사업 주요 변경내용

청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업

목 차		’18년도	’19년도
Ⅲ. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업	1. 사업개요	● 지원범위 (신설)	● 지원범위 - 출생일로부터 1년 이내의 영유아가 요양기관에서 진료 받은 급여 또는 비급여 의료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담비용
		● 사용기간 - 카드 수령 후부터 분만예정일 이후 60일까지	● 사용기간 - 카드 수령 후 (국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일 이후 1년까지
	3. 이용권 (국민행복카드) 지급 및 이용	다. 이용권(국민행복카드) 지원내용 1) 이용권(국민행복카드) 지원액 ● 1회 임신에 120만원 범위 내 지원 ● 사용기간 내 미 사용된 지원금은 분만예정일 60일 이후 자동소멸 ● 지정요양기관에서 임신·출산 관련 진료 후 국민행복카드로 의료비 결제 ※ 국민건강보험공단에 임신·출산 진료비 지원 지정 요양기관 신청으로 등록된 지정 요양기관에서만 ‘국민행복카드’ 사용 가능	다. 이용권(국민행복카드) 지원내용 1) 이용권(국민행복카드) 지원액 ● 1회 임신에 120만원 범위 내 지원 ● 사용기간 내 미 사용된 지원금은 분만예정일 1년 이후 자동소멸 ● 요양기관에서 임신·출산 관련 진료 및 영유아의 진료 및 처방에 의한 의한 약제·치료재료 구입 후 국민행복카드로 의료비 결제
		2) 서비스 기간 ● 지원된 이용권(국민행복카드)은 카드 수령 후부터 분만예정일+60일까지 임신·출산 관련 의료비 본인부담금 지불에 사용	2) 서비스 기간 ● 지원된 이용권(국민행복카드)은 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일 +1년까지 임신·출산 관련 의료비 및

목 차		’18년도	’19년도
		※ 사용기간 : 카드수령 후부터 분만예정일+60일까지(유산시 유산확인일+60일까지) ※ 유산시 2개월 이내에 사회보장정보원 콜센터(1566-0133)로 사용중지 신고	영유아의 진료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비 중 본인부담금 지불에 사용 ※ 사용기간 : 카드수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일+1년까지(유·사산시 유·사산확인일+1년까지) ※ 유·사산시 1년 이내에 사회보장정보원 콜센터(1566-0133)로 사용중지 신고
	4. 서비스 실시	가. 서비스 이용절차 1) 개요 ● 국민건강보험공단에 임신·출산 진료비 지원 지정 요양기관 신청을 하여 지정된 요양기관에서만 이용권(국민행복카드) 사용 가능 ● 서비스 대상자는 사회보장정보원 담당자의 안내, 홈페이지 등을 참고하여 지정요양기관 선택 ● 지정요양기관 찾기 및 비급여검사 등의 비용 확인 방법 ● 공단 건강iN 홈페이지 (http://hi.nhic.or.kr): 검진기관/병원 찾기 ● 사회서비스 전자바우처 홈페이지 (www.socialservice.or.kr)	가. 서비스 이용절차 1) 개요 〈삭제〉
	7.개인정보 관리	나. 개인정보 관리 (생략) ● ‘임신확인서’ 및 제출서류는 신청 접수일로부터 1년간 보관 후 파기	나. 개인정보 관리 (생략) ● ‘임신확인서’ 및 제출서류는 신청 접수일로부터 3년간 보관 후 파기

난임부부 시술비 지원 사업

목 차		’18년도	’19년도
Ⅳ. 난임부부 시술비 지원 사업	사업개요 (추진경과)	● 지원대상 및 지원내용 변경(2018년) - (지원대상) • 기준중위소득 130% 이하 및 의료급여수급자* * 국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급자로 한정함 - (지원내용) • 체외수정(신선배아) 시술비 중 비급여 및 전액본인부담금 - (지원횟수) 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원) - (지원금액) 1회당 최대 50만원	● 지원대상 및 지원내용 변경 (2019년) - (지원대상) • 기준중위소득 180% 이하 - (지원내용) • 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금 - (지원횟수) • 신선배아 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원) • 동결배아 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원) • 인공수정 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원) - (지원금액) 1회당 최대 50만원
	사업개요 (지원종류 및 보조비율)	1) 지원종류 ● 체외수정(신선배아)시술 ※ 보조생식술 종류 : 체외수정시술(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI) 등 약 10여종	1) 지원종류 ● 체외수정시술 등 보조생식술 ※ 보조생식술 종류 : 체외수정시술(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI) 등 약 10여종 ● 인공수정시술 임신을 위해 남성의 정자를 처리하여 여성의 자궁강 내로 직접 주입해 주는 시술(자궁내 정자주입술)
	난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 (지원범위 및 내용)	● 지원범위 : 체외수정(신선배아) 시술비 중 비급여 및 전액본인부담금 ● 지원내용 : 1회당 50만원 범위, 최대 4회 ※ 단, 건강보험이 적용되는 경우(횟수 차감)에만 지원가능	● 지원범위 : 체외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금 ● 지원내용 : 1회당 50만원 범위, 신선 최대 4회, 동결 최대 3회, 인공수정 최대 3회 ※ 단, 건강보험이 적용되는 경우(횟수 차감)에만 지원가능

목 차	’18년도	’19년도
난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 (선정기준)	● 난임부부 건강보험료 본인부담금 고지금액 기준으로 가족수별 건강보험료 기준중위소득 130% 이하인 가구 및 의료급여수급권자	● 난임부부 건강보험료 본인부담금 고지금액 기준으로 가족수별 건강보험료 기준중위소득 180% 이하인 가구
난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 (선정기준)	다. 선정기준 (중략) ● 가족수 산정기준 (중략) (신설)	다. 선정기준 (중략) ● 가족수 산정기준 (중략) - 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속중 직장가입자로서 난임부부가 피보험자로 등재된 경우 - 난임부부와 주민등록상 주소지가 다를 경우라도 자녀의 경우 가구원 포함(성인자녀의 경우 별도 건강보험료 납부시 제외) - 난임부부가 직계존속(조부, 조모)의 피부양자(건강보험가입자)인경우 동 직계존속 가족수에 포함(추가)_다른지침과 동일기준 위함 - 주민등록법 시행령 제6조의 2(외국인 배우자등에 대한 세대별 주민등록표의 기록등)에 따라 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속(외국인 배우자의 직계존속 포함) 중 건강보험 가입자로써 보험료를 납부하고 있지 않은 자
	• 매월 건강보험료가 변동되는 군인(군무원) 등의 경우에도 신청일 기준 전월 건강보험료 본인 부담금 고지 금액으로 산정	• 매월 건강보험료가 변동되는 군인(군무원) 등의 경우에도 신청일 기준 전월 건강보험료 본인 부담금 고지 금액으로 산정(전월 자료 없을시 가장 최근 자료로 대체)

목 차		’18년도	’19년도
		다. 선정기준 (중략) ● 보험료 산정 기준 (중략) (신설)	다. 선정기준 (중략) ● 보험료 산정 기준 (중략) - 임의계속 가입자는 직장가입자로 산정 〈국민건강보험법〉 제110조(실업자에 대한 특례) ① 사용관계가 끝난 직장가입자 중 보건복지부령으로 정하는 사람은 지역가입자가 된 이후 최초로 제79조에 따라 지역가입자 보험료를 고지받은 날부터 그 납부기한에서 2개월이 지나기 이전까지 공단에 직장가입자로서의 자격을 유지할 것을 신청할 수 있다. - 의료급여수급자는 국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급권자로 수급증을 확인을 통해 건강보험료 산정액 대체함.
	난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 (선정기준)	라. 신청접수 2) 제출서류 ● 정부지원 난임치료 지원신청서 1부 〈서식 1〉 - 첨부서류 (중략) (신설)	2) 제출서류 ● 정부지원 난임치료 지원신청서 1부 〈서식 1〉 - 첨부서류 (중략) ⑦ 신청일 기준 1개월 이상 휴직자의 경우 휴직증명서 * 휴직증명서는 휴직여부 및 휴직기간을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능(무급 또는 유급 휴직여부를 명시한 소속기관의 재직증명서, 기관에서 발행한 확인증명서 등) ⑧ 신청일 기준 1개월 이상 유급 휴직자의 경우 급여명세서

목 차		’18년도	’19년도
	특정난임치료 지원 시술종별 및 치료기간	가. 지원대상 특정난임치료시술 종류 (신설)	가. 지원대상 특정난임치료시술 종류 ● 동결배아이식 ● 인공수정시술 - 배란유도(배란유도제로 경구제나 주사제 또는 병합투여)후 인공수정시술 - 자연주기 인공수정시술
		다. 난임부부 시술 허용범위 (신설)	● 인공수정시술 허용 범위 - 법률적 혼인관계에 있는 부부에게만 시술 • 특정의 성을 선택하기 위한 정자처리나, 미성년자의 정자 활용행위 금지 • 매매된 정자 활용 금지 • 대리모 제외 • 기타 관련 법령의 허용범위 내에서만 시술
	시술 및 시술비 지급	가. 시술 - 시술의료기관에서 발급한 진료비 계산서·영수증*(약제비 포함)에 기재된 급여항목 중 일부 본인부담금을 제외한 전액본인부담금 및 비급여 항목(선택진료료 제외)	가. 시술 - 시술의료기관에서 발급한 진료비 계산서·영수증*(약제비 포함)에 기재된 급여항목 중 일부 본인부담금, 전액본인부담금 및 비급여 항목(선택진료료 제외)
		나. 시술비 지급 ↘ 체외수정시술비 지급 ● 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금이 초과될 때부터 본인 부담금 청구 ● 정부지원금은 시술을 종료한 후 시술대상자 주소지의 시·군·구보건소에 청구 (청구서, 지원결정통지서사본,	나. 시술비 지급 ↘ 체외수정시술비 지급 ● 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 최대 50만원한도 까지 청구 ● 정부지원금은 시술을 종료한 후 시술대상자 주소지의 시·군·구보건소에 청구 (청구서, 지원결정통지서사본,

목 차		’18년도	’19년도
		시술확인서, 진료영수증, 통장사본 첨부) (중략)	시술확인서, 진료영수증, 진료상세내역서, 통장사본 첨부) ● 지원대상자는 시술과 직접적 관련 있는 원외약처방을 받은 경우 처방전과 약제비 영수증 등 제출 시 일부 본인부담금, 비급여(전액본인부담금 포함) 약제비에 대하여 정부지원금액 한도 내에서 지급 가능 ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(청구서 〈서식 5-1〉, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서 사본1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 함
		나. 시술비 지급 (신설)	나. 시술비 지급 ■ 인공수정시술비 지급 ● 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 최대 50만원한도 까지 청구 ※ 시술비 청구는 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 지원 가능 ● 관할 보건소장은 시술확인서 확인 후 정부지원금 범위 내에서 시술비 지급 - 시술비 청구서 접수일로부터 가급적 30일 이내에 시술비 지급(계좌 송금)

목 차		’18년도	’19년도
			● 시술비가 정부 지원금 이내일 경우에는 총 시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급 • 시술비 지원 시술기간 범위 : 약제 투여 시작일~초음파로 임신낭 확인일 또는 혈액(소변)검사 확인일. 단, 자연주기의 경우 시술기간의 시작은 생리 제3일째로 함 ● 시·군·구(보건소)에서는 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 철저히 확인 후 지급 ※ 주사제는 원내처방을 원칙으로 함 ※ 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자가 입증(입증 곤란시 최초 지원결정 통지서 제출 시술기관의 시술비만 정부 지원 인정)
		(신설)	◪ 유산방지제, 착상유도제, 배아동결·보관비용 지원 ● 지원원칙 - (황체에서 분비되어 착상과 임신을 유지하는 데 중요한 역할을 하는 호르몬인 프로게스테론이 부족한) 황체기 결함, 호르몬 이상 및 면역학적 요인 등으로 자궁착상 실패 및 반복 유산(3회 이상)을 경험한

목 차		’18년도	’19년도
			보조생식 시술 여성에 대하여 「보조생식술 급여기준」에서 정한 범위에 따라 급여 또는 전액본인부담 비용에 대해 지원함. - 체외수정 신선배아 이식 전후 시술 목적으로 사용하고자 하는 양호한 상태의 배아를 냉동, 보관하는 비용에 대해 지원함 ● 자궁착상유도제 및 유산방지제 (지원대상) - 보조생식 시술 후 자궁착상 실패 가능성과 반복 유산(3회 이상)을 경험하여 자궁착상유도제 및 유산방지제를 투여할 필요가 있는 자 (지원 약제 범위) - 보험급여 인정 비급여(본인전액 부담) 약제 등 · 프로게스테론 질정 및 주사 · 타이유 프로게스테론 주사 · 슈게스트 프로게스테론 주사 · 제니퍼 프로게스테론 주사 · 루티너스 질정 · 유트로게스탄 질정 · 예나트론 질정 · 크리논 겔 · 사이클로제스트 ※ 보건복지부 보험급여과에서 인정 비급여로 명시하지 않은 임의 비급여 시술과 약제비는 지원 대상에서 제외 ※ 약제고시기준하에서 적용 (지원액) 시술당 최대 유산방지제, 착상유도제 각 20만원

목 차		’18년도	’19년도
			● 배아 동결·보관비 (지원대상) - 이식 후 남은 배아, 자궁내막 등 여성의 건강상태가 이식을 하지 못할 상태 및 질병 확인 때문에 배양 배아를 향후 난임 시술 목적으로 배아를 동결, 보관할 필요가 있는 경우 (지원액) - 1년 기준 30만원 (시술 당)

영유아 사전예방적 건강관리

목 차		’18년도	’19년도
V. 영유아 사전예방적 건강관리	나. 미숙아·선천성 이상아 의료비 지원		
	2) 지원대상 및 선정기준 (공통사항)]	지원대상 - 다자녀(3명 이상)~~~	지원대상 - 다자녀(2명 이상)~~~(모든 사업 동일 적용)
		② 가족수 산정 방법 - (중략) - (신설)	② 가족수 산정 방법(모든 사업 동일 적용) - (중략) 미숙아(선천성이상아) 부모가 직계존속(조부모)의 피부양자(건강보험 가입자) 인 경우 동 직계존속(조부모)을 가족수에 포함
		③보험료 산정 방법 (신설)	**③보험료 산정 방법** * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영(모든 사업 동일 적용)
	3) 지원신청 (공통사항) • 의료비 신청 방법 및 기간	- 다만, 신청기간을 경과하여 접수된 경우는 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정될 겨우 지원가능	- 다만, 신청기간을 경과하여 접수된 경우는 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정될 겨우 지원가능하며, 퇴원 전 의료비 신청(중간정산)하는 경우는 청구 금액이 해당 한도를 초과한 경우에 한하여 가능
	3) 지원신청 (공통사항) • 의료비지원 신청 제출서류	④ 질병명이 포함된 진단서 또는 진단명이 명시되어 있는 입퇴원 증명서 등 1부	④ 질병명이 포함된 진단서 또는 진단명이 명시되어 있는 입퇴원 증명서 등 1부(단, 미숙아 지원의 경우 세부영수증, 의료비 명세서 등 상의 미숙아 진단이 확인이 가능한 경우 생략 가능)

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td></td><td>4)-가 미숙아 의료비 지원
② 지원범위
④ 지원금액
- 지원 의료비 금액별 지원율 차등 적용</td><td>- 신생아집중치료실~(중략)~지원가능
- 신설</td><td>- 신생아집중치료실~(중략)~지원가능
- 기존에 지원 제외되었던 30%산정코드기본 5자리+산정코드2번째 자리에 2사용(AJ101020)지원 가능</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td><table><tr><td>출생시 체중</td><td>2.5kg 미만~ 2.0kg, 재태기간 37주 미만</td><td>1.5kg~ 2.0kg 미만</td><td>1.5kg 미만</td></tr><tr><td>1인당 최고 지원액</td><td>5백만원</td><td>7백만원</td><td>10백만원</td></tr></table>
ⅱ) 지원 의료비가 100만원을 초과하는 경우
• 본인부담금중 100만원을 제외한 금액에 대하여는 80%를 적용하여 지원금액 산정
~~ⅲ) 본인부담금이 500만원을 초과하는 경우 금액은 90% 산정하여 지원금액 산정~~</td><td><table><tr><td>출생시 체중</td><td>2.0kg~ 2.5kg 미만, 재태기간 37주 미만</td><td>1.5kg~ 2.0kg 미만</td><td>1kg~ 1.5kg 미만</td><td>1kg 미만</td></tr><tr><td>1인당 최고지원액</td><td>3 백만원</td><td>4 백만원</td><td>7 백만원</td><td>10 백만원</td></tr></table>
ⅱ) 지원 의료비가 100만원을 초과하는 경우
• 본인부담금중 100만원을 제외한 금액에 대하여는 90%를 적용하여 지원금액 산정
ⅲ) 삭제</td></tr>
<tr><td></td><td>4)-나. 선천성 이상아 의료비 지원
③ 지원제외</td><td>추가</td><td>- 설유착증(Q38.1)및 구개구순(Q35~37) 수술시 동반한 코성형
* 코성형이 반드시 필요한 사유가 명확히 기재된 의료진의 소견서가 첨부되었을 경우 지원가능(“필요에 의한” 등의 불명확한 소견서는 지원불가)</td></tr>
<tr><td></td><td>3. 선천성대사 이상 검사 및 환아 관리
가 사업개요</td><td>2) 검사항목

3) 환아지원 나이 18세 이하</td><td>2) 지원사항 : 기존 정부6종을 포함한 광범위 대사이상 검사 50여종 외래 검사시 본인부담금
3) 환아지원 나이 만 19세 미만</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>~~가, 사업개요 4)예산집행 지침~ 마. 검사비 및 채혈관리비의 청구 및 지급(보건소)~~</td><td>전체 삭제</td></tr>
</table>

목 차		’18년도	’19년도
		선별검사 / 소득기준: 없음 선별검사 / 대상: 당해연도 출생아 선별검사 / 지원항목: 정부 6종 선별검사 / 지원금액: 20천원(채혈비, 검사비, 운영비) 확진검사 / 지원금액: 50천원 확진검사 / 지원기준: 확진시 지급	선별검사 / 소득기준: 기준중위소득 180%이하 선별검사 / 대상: 좌동 선별검사 / 지원항목: 정부 6종 포함한 텐덤매스(50여종) 선별검사 / 지원금액: 22~41천원(본인부담금) *** 외래 1회만 지원** * 선별검사비 신청은 출생 후 6개월이내까지 검사한 경우만 인정 확진검사 / 지원금액: 70천원 *** 확진검사비는 소득기준 없음** 확진검사 / 지원기준: 좌동
	바. 환아관리 1) 지원대상	신청일 기준 만 18세이하 ● 선천성 갑상선기능저하증 의료비(약제비 포함)지원 - 주소지~276천원 범위내에서 의료비 지급	신청일 기준 만 19세 미만 ● 선천성 갑상선기능저하증 의료비(약제비 포함)지원 - 주소지~250천원 범위내에서 의료비 지급
	2) 환아 관리방법	~~※ 크론병, 단장증후군 환아는 필요량의 50%를 초과할 수 없음(크론병, 단장증후군,저단백햇반은 추가 지원 없음)~~ ~~• 양성결과 확인즉시 보호자에게 정밀검사를 받았는지 확인하고, 안내하고 환아로 판명시에는 등록·관리하여야 한다~~	② 희귀난치성질환(크론병, 단장증후군 등) 분유와 저단백햇반은 추가지원 없음
	사 행정사항 및 사업비 지급		• 환아관리비(사업비)는 보건소에서 인구보건복지협회로 당해연도 3월까지 지급 * 복지부(광역시도별 사업비 확정 및 통보)→광역시·도(시군구 사업비 확정 후 복지부 및 시군구로 통보)→시군구 보건소(인구협회로 사업비 지급)

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td></td><td>4. 난청조기진단 사업(신생아 청각선별검사) → 청각 검사 및 보청기지원</td><td>3) 관리방법 및 지원
(전체 삭제)</td><td>3) 재검아,난청 확진아 등록관리
※ 신생아 난청 1-3-6원칙
• 신생아청각선별검사의 재검아, 난청확진아 보고 관리 및 지원사업 홍보
- (중략)
• 신생아 청각선별검사의 재검아 등록 및 관리
- (중략)
• 확진검사비(ABR,청성뇌간반응검사)지원과 난청환아관리 등록 및 관리
- (중략)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td><table>
<tr><td rowspan="3">선별검사</td><td>소득기준</td><td>기준중위소득 72%이하</td></tr>
<tr><td>대상</td><td>당해연도 출생아</td></tr>
<tr><td>지원금액</td><td>10천원, 27천원
* 검사(1회)쿠폰 제공</td></tr>
<tr><td rowspan="2">확진검사</td><td>지원금액</td><td>50천원</td></tr>
<tr><td>지원기준</td><td>검사결과 관계없이 지원</td></tr>
</table></td><td><table>
<tr><td rowspan="3">선별검사</td><td>소득기준</td><td>기준중위소득 180%이하</td></tr>
<tr><td>대상</td><td>좌동</td></tr>
<tr><td>지원금액</td><td>10~30천원(본인부담금)
* 선별검사비신청은 출생후 6개월이내까지 검사한 경우를 인정하며, 최대 2회까지 지원 가능</td></tr>
<tr><td rowspan="2">확진검사</td><td>지원금액</td><td>70천원
* 확진검사비는 소득기준 적용 (기준중위 180% 이하)</td></tr>
<tr><td>지원기준</td><td>좌동</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>나. 사업내용
1) 사업계획
이하 삭제
(신설)</td><td>나. 검사비(선별/확진) 지원

다. 난청환아관리(보청기 지원)
- 난청으로 확진받은 만 2세이하 영유아로서 청각장애등급을 받지 못하는 경우 보청기 지원</td></tr>
</table>

고위험 임산부 의료비 지원

목 차		’18년도	’19년도
Ⅵ. 고위험 임산부 의료비 지원	2. 지원대상 및 선정기준	가. 지원대상 ● (지원대상) 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리	가. 지원대상 ● (지원대상) 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증
		나. 선정기준 2) 질환별 세부지원기준 분만관련 출혈 ● 지원기간 : 분만관련 입원일부터 분만일 이후 6주까지	나. 선정기준 2) 질환별 세부지원기준 분만관련 출혈 ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상)
		● (신설)	나. 선정기준 2) 질환별 세부지원기준 전치태반* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상) ● 지원기준 : 전치태반으로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ● O44(전치태반) ● O69.4(전치맥관이 합병된 진통 및 분만/전치맥관으로부터의 출혈) 절박유산* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상) ● 지원기준 : 절박유산으로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ● O20.0(절박유산/절박유산에 의한 것으로 명시된 출혈)

목 차		’18년도	’19년도
			▘양수과다증* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상) ● 지원기준 : 양수과다증으로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ◦ O40(양수과다증) ▘양수과소증* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상) ● 지원기준 : 양수과소증으로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ◦ O41.0(양수과소증) ▘분만전 출혈* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 ● 지원기준 : 분만전 출혈로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ◦ O46(분만전 출혈) ▘ 자궁경부무력증* ● 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간 ● 지원기준 : 자궁경부무력증으로 입원치료 받은 임산부 ● 지원대상 질병코드 ◦ O34.3(자궁경관부전에 대한 산모관리) * 적용시점 : 지원신청기한(분만일로부터 6개월 이내)이 남아있는 임산부. 다만, 예외적으로 ’18.7~8월 분만한 임산부의 경우 ’19.2.28.까지 신청 가능

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td></td><td>4. 지원절차</td><td>가. 지원신청

● 구비서류 목록
1. 의사진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)
2. 입퇴원진료확인서 및 진료비 영수증 각 1부(입원횟수별로 별도 제출, 단, 의사진단서 상에 각각의 입퇴원진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능)
3. 출생보고서 또는 출생증명서 1부 (단, 사산의 경우 사산증명서)
4. 주민등록등본* 1부
5. 건강보험증 사본 및 건강보험료 본인부담금 납부고지서*(단, 맞벌이부부일 경우, 부부 모두 첨부)
* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 생략 가능
6. 의료비 지원금 입금계좌 통장사본 1부 (지원대상자 명의)
7. 개인정보 활용 동의서 1부
8. 신청인 신분증(본인 확인용, 대리신청 시에는 위임장 및 대리신청인 신분증 사본 1부)</td><td>가. 지원신청
<table><tr><th>구분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td>신청자제출</td><td>■ 지원 신청서 1부
■ 의사진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함, <u>사본 가능</u>)
- ‘임상적 추정’ 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능
■ 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, <u>진료비 세부내역서</u> 각 1부<u>(사본 가능)</u>
- 입원횟수별로 별도 제출. 단, 의사진단서 상에 각각의 입퇴원진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능
■ 주민등록등본 1부*
■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
- <u>기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</u>
■ 의료비 지원금 입금계좌 통장사본 1부 (지원대상자 명의)
■ 개인정보 제공 동의서 1부
■ 신청인 신분증(본인 확인용)
* 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</td></tr><tr><td>해당자제출</td><td>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부
■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)
■ (대리신청) 위임장 및 대리신청인 신분증 사본 각 1부
■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)
- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>가. 지원신청
● 신청방법
* 고위험 임신질환 입원치료에 소요된 의료비를 출산 이후 1회에 한해 지원하여, 의료비 지원결정 통보 이후에 추가 지원신청은 불가하므로 진료내역 누락이 발생하지 않도록 할 것
● 지원신청 기간 및 기관
- 신청기간 : 분만일로부터 6개월 이내</td><td>가. 지원신청
● 신청 기간 : 분만일로부터 6개월 이내
- <u>예외적으로 ’18.7~8월 분만한 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증 지원대상 임산부의 경우 ’19.2.28.까지 신청 가능</u>
- <u>지원 결정 이후 당해 출산 관련 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시</u></td></tr>
</table>

목 차		’18년도	’19년도
		* 예외적으로 ’17.7~8월 분만한 양막의 조기파열, 태반조기박리 지원대상 임산부의 경우 ’18.2.28.까지 신청 가능	추가 신청 가능하나, 출산 이후 1회에 한해 지원하는 것이 원칙이므로 누락하지 않고 신청하도록 안내 필요
		다. 후원금 및 공단 환급금 발생시 ● 개인이나 후원단체에서 후원금을 받은 경우 또는 국민건강보험공단 비급여 본인 부담금 환급금이 있는 경우에는 후원금 또는 환급금을 공제한 후, 환자가 실제 납부한 비급여 본인부담금만 지원신청 가능 * 연간 지원상한금액은 후원금 및 공단 환급금을 받았을 경우에도 변동없이 동일하게 300만원 적용	다. 후원금 등 공제 및 환수 ● 타 법률·제도에 의하여 지원받은 의료비, 각종 후원단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우, 임산부가 실제 납부한 총 진료비 중 급여의 본인부담금 부분을 우선 공제한 후 급여의 전액 본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원 ※ 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우 1인당 지원한도는 300만원에서 후원금 등을 제외한 금액임
	〈서식〉	● [서식 1호] 고위험 임산부 의료비 지원 신청서 (뒷면) 입원치료 세부신청내역	(삭제)
		● (신설)	[서식 3호] 위임장

저소득층 기저귀·조제분유 지원

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Ⅶ. 저소득층 기저귀·조제분유 지원</td><td rowspan="2">1. 지원대상</td><td>가) 기본지원 대상
● (기저귀) 기준중위소득 40% 이하 만 2세 미만의 영아를 둔 가구를 대상으로 영아별로 지원
(예) 쌍둥이·삼둥이 등의 경우 각각의 아동별로 지원
* 의료급여 수급 가구 포함(국민기초생활보장법 제6조 및 제12조의3에 따른 의료급여 수급자에 한함. 타법에 의한 의료급여수급권자(국가유공자, 의사상자 등) 제외)</td><td>1) 기본 지원대상
● (기저귀) 만 2세 미만의 영아를 둔 아래 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 가구 대상으로 영아별로 지원(예. 쌍둥이·삼둥이 등의 경우 각각의 아동별로 지원)
- 국민기초생활보장법 상 생계·의료·주거·교육급여 수급 가구
- 차상위 본인부담경감대상 가구
- 자활사업에 참여하는 차상위 가구
- 차상위 장애인 수당·연금 수급 가구
- 차상위계층확인서 발급 대상 가구
- 한부모가족지원법에 의한 지원 대상 가구(청소년한부모가족 포함)</td></tr>
<tr><td>가) 기본지원 대상
● (조제분유) 산모의 의식불명, 뇌출혈 등으로 인한 의식 기능의 현저한 저하, 상반신 마비, 장기간(1개월 이상) 입원치료, 희귀난치성질환자로서 스테로이드 고용량 투여·면역억제제 투여로 모유수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우</td><td>1) 기본 지원대상
● (조제분유) 산모의 방사성 요오드 치료, 의식불명, 뇌출혈 등으로 인한 의식 기능의 현저한 저하, 상반신 마비, 장기간(1개월 이상) 입원치료, 희귀·중증난치질환자로서 스테로이드 고용량 투여 또는 면역억제제 투여로 모유수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우</td></tr>
<tr><td>2. 바우처 신청</td><td>라) 신청 서류
● (기본 신청서류) 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서 등 각 1부
☞ [서식 제1호] 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서
☞ [서식 제2호] 개인정보 수집 및 이용 동의서</td><td>3) 구비 서류
<table><tr><th>구분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td>신청자 제출 (공통)</td><td>■ 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서 1부
■ 개인정보 수집 및 이용 동의서 1부
■ 주민등록등본 1부*
* 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>☞ [서식 제3호] 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서
* 기존 발급받은 BC·삼성·롯데 카드사 국민행복카드가 있는 경우, 추가 발급없이 해당 카드로 동바우처 사용 가능
** 체크카드 발급 등으로 계좌개설이 필요한 경우는 전담금융기관 영업점에 직접 방문하여 신청하여야 함(결정통지서 지참 필요)
● (기본 첨부서류)
① 영아 부모의 건강보험증 사본 (맞벌이 부부일 경우 부부 모두 첨부)
② 영아 부모의 소득 증빙자료
• (건강보험료 확인이 가능한 경우) 신청일 기준 직전월 건강보험료 납부확인서
• (건강보험료 확인이 불가한 경우) 소득을 증명할 수 있는 기타자료
* 예 : 급여명세서, 근로소득 원천징수부, 연금명세서 등
** 출산·육아 휴직시, 소속 직장에서 휴직기간과 유·무급 여부를 증빙하는 서류
③ 가구원 수 확인자료 : 주민등록 등본, 가족관계증명서 등
※ ①~③의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우, 제출 생략 (가족관계증명서 제외)
④ 영아의 부모 이외의 자가 신청하는 경우, 이를 증빙할 수 있는 서류</td><td>
<table>
<tr><td>해당자 제출 (추가)</td><td>■ (등본상 가족관계입증 곤란시) 가족관계증명서 1부
■ (조제분유 신청) 산모의 사망을 증명할 수 있는 가족관계증명서, 산모의 질병 등을 증명하는 의사진단서(소견서)*, 아동복지시설 등 입소아동·입양아동임을 확인할 수 있는 증명서 등 1부
* 민감한 개인정보에 해당하므로 접수 받은 보건소·주민센터에서 자체 보관 처리
■ (부모 외 신청) 영아와의 관계를 증빙할 수 있는 서류 1부
- 가정위탁보호확인서, 시설아동증빙서류, 후견인 증명서 등
■ 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서 1부</td></tr>
<tr><td>주민센터 또는 보건소 확인</td><td>※ 아래 서류 중 보유 자격 관련 증명서 또는 확인서 1부 확인(행복e음)
■ 국민기초생활보장수급자 증명서 1부
■ 차상위 본인부담경감대상자 증명서 1부
■ 자활근로참여확인서 1부
■ 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 대상자 확인서 1부
■ 차상위계층 확인서 1부
■ 한부모가족 증명서 1부</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

목 차		’18년도	’19년도
		* 주민등록등본, 가정위탁보호확인서, 시설아동증빙서류, 후견인 증명서 등 ⑤ 조제분유를 지원 신청하는 경우, 산모의 질환 또는 의식 기능의 현저한 저하 등을 증명하는 의사 진단서(소견서)*, 산모의 사망을 증명할 수 있는 가족관계증명서, 아동복지시설 등 입소아동, 입양아동임을 확인할 수 있는 증명서 등 * 민감한 개인정보에 해당하므로 접수받은 보건소 또는 주민센터에서 자체보관 처리	
	3. 바우처 지원 결정	1) 바우처 자격 판정 가) 자격 판정 원칙 ● 신청 가정의 가구원 수와 소득을 종합하여 판정 ● 가구원 수는 아래를 참고하여 산정하되, 신청일을 기준으로 산정 ● 소득은 건강보험료 본인부담금을 기준으로 확인 * 일반대상자 → 기초수급자 변경시 수급자증명서 제출로 지원가능(건강보험료 산출 불요) * 학대, 유기 등으로 시설에 입소한 아동은 1인가구로 우선 지원, 기초수급증명서 사후보완 조치	1) 지원 적합여부 판정 방법 ● (기저귀 지원대상) 영아 본인 또는 영아의 부 또는 모(바우처 실사용자)*의 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격 보유 시 ‘적합’ 판정* * 사실혼 관계 포함 - 한부모가족지원법 제5조의2에 따른 조손가족의 경우도 포함 - (교육급여) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 교육급여 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능 - (차상위 본인부담경감대상) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 차상위 본인부담경감대상 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능

<table>
<tr><th colspan="2">목 차</th><th>’18년도</th><th>’19년도</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>2) 바우처 자격 결정
가) 자격 결정 처리
● 시·군·구 담당자는 신청서 및 소득 등 확인내역을 사회보장정보시스템(행복e음)에 입력, 전송</td><td>2) 바우처 지원 결정
가) 지원 결정 처리
● 시·군·구 담당자는 ‘행복e음’을 통해 대상 영아 또는 신청인 등의 아래 보유 자격을 조회·확인하여 지원 대상자로 결정 처리
<table><tr><th colspan="2">행복e음 상 확인되는 자격</th></tr><tr><td>기초생활 보장</td><td>기초생계급여
기초의료급여
기초주거급여
기초교육급여</td></tr><tr><td>차상위 계층</td><td>차상위본인부담경감대상자
차상위자활
차상위장애인
차상위계층확인</td></tr><tr><td>한부모 가족</td><td>모자가족
부자가족
조손가족
청소년한부모모자
청소년한부모부자</td></tr></table>● ‘행복e음’ 상 보유 자격 미확인 시, 신청인에게 관련 증명서 또는 확인서 제출 요청하여 확인 필요</td></tr>
</table>

【2019년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

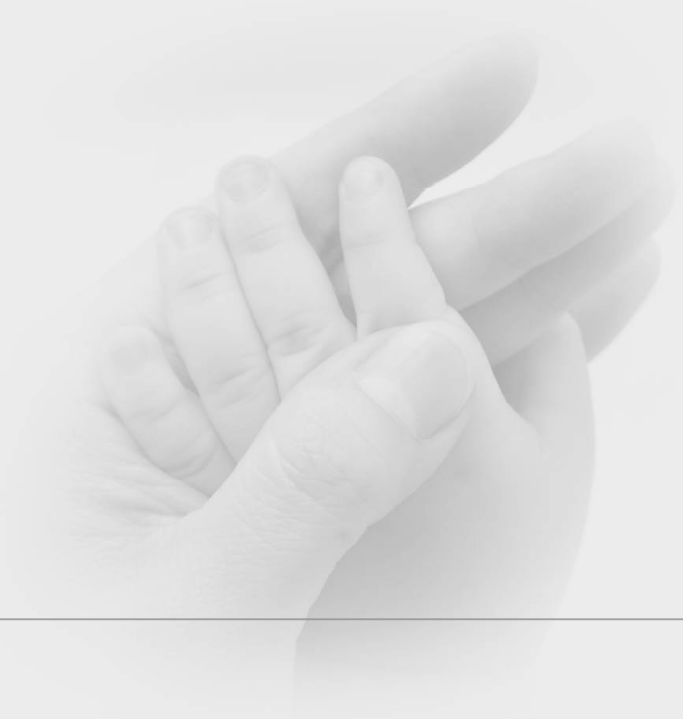
(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

I 모자보건사업 추진방향

1. 그간 정책성과 평가
2. 2019년 정책여건 및 정책추진 방향
3. 2019년도 사업예산



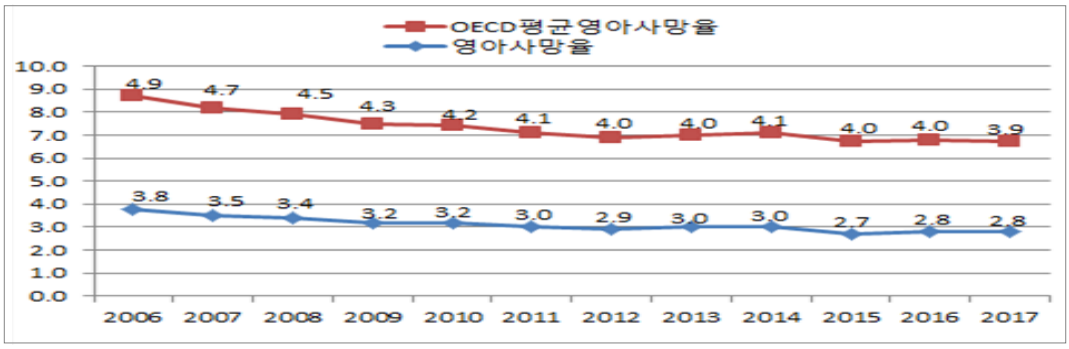
Ⅰ. 모자보건사업 추진방향

1 그간 정책성과 평가

가. 정책여건

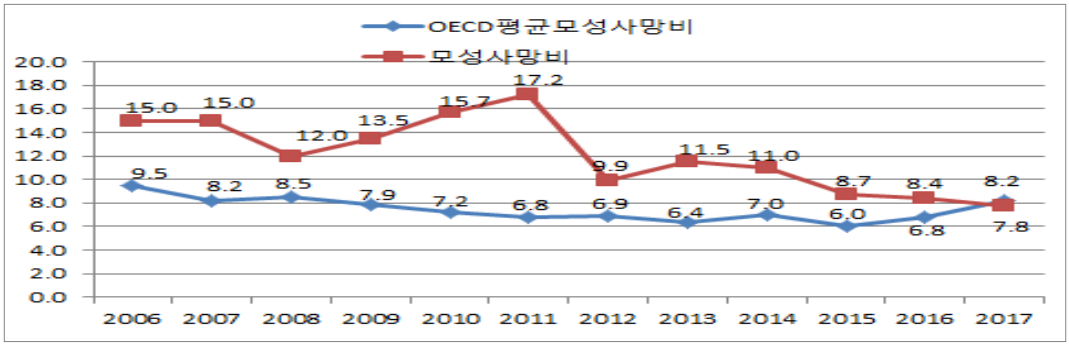
- 우리나라의 영아사망률은 선진국수준을 유지하고 있으나, 모성사망비는 2013년 이후 지속적으로 감소하여 2017년 OECD 평균(8.2명)에 비해, 7.8명으로 낮은 편임

【OECD 국가와 한국의 영아사망률 추이, 2007~2017】



* 자료 : OECD.STAT, Health Status Data
* OECD 평균은 35개 회원국의 가장 최근 자료를 이용하여 계산
* 자료출처 : 통계청, 2017년 사망원인 통계

【한국 및 OECD 국가 평균 모성사망비 추이, 2007~2017】



* 자료 : OECD.STAT, Health Status Data
* OECD 평균은 35개 회원국의 가장 최근 자료를 이용하여 계산
* 자료출처 : 통계청, 2017년 사망원인 통계

- 만혼과 환경적 요인으로 인하여 난임부부, 저체중아, 선천성 이상아 등 임신·출산 관련 장애 증가

  - 체외수정 시술건수 : 40천건('14) → 48천건('15) → 53천건('16) → 60천건('17)

- 산부인과 전문의 배출 감소, 분만취약지 증가, 신생아 집중치료실 부족 등 관련 인프라 부족과 통합적 관리 미흡으로 출산환경 악화

- 임신 이전의 청장년기 건강관리, 건강한 산전·후 관리, 적정 의료이용, 과다 불안해소 등을 위한 국민인식이 부족한 실정

나. 그간 정책성과 평가

- 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 대상자를 저소득층에서 중산층까지 확대하고, 난임부부 대상 평균 시술비의 60% 수준 비용을 지원

  * '17.10월 난임시술 건강보험 적용

- 임산부와 태아의 건강증진 도모 및 보건소 임산부등록관리 내실화를 위하여 철분제 및 엽산제를 지원하는 등 산전건강관리에 투자 확대

- 생명존중, 인공임신중절, 낙태 등 사회적 이슈에 적극 대응하여 사회협의체, 마더 세이프 전문상담센터, 생명사랑 서포터즈 등 다각적 정책 추진

- 사업대상 확대, 지원근거 마련을 위한 모자보건법 개정 등 제도개선

  - 신생아집중치료시설 지원·난임극복 지원근거 마련 등 모자보건법령 개정

- 미숙아 출생, 장애 발생률 및 출생아의 평생 건강에 영향을 미치는 고위험 임신·분만에 대한 정책적 개입이 부족

- 산후조리원 감염관리 및 소비자 권익보호 강화를 위한 모자보건법령 개정('19.1월 공표, '20.1월) 시행 등 제도개선

  - 산후조리업자 준수사항 추가, 감염예방교육 대상자 확대(산후조리업자→산후조리업 종사자), 정지·폐쇄 요건 추가, 모자동실 운영 권장 조항 추가 등

2 2019년 정책여건 및 정책추진 방향

가. ’19년 정책여건

1) 지역사회 통합건강증진사업 지속 추진

- 중앙정부가 지역사회 주민 ‘건강증진’을 목적으로 하는 사업을 대상으로 전국에 획일적으로 실시하는 국가주도형 사업방식에서, 지자체가 지역특성 및 주민 수요에 맞는 사업을 기획·수행할 수 있도록 ‘포괄보조방식’ 도입(’13)
  - 사업간 칸막이로 인한 분절적 사업운영, 개별 사업 예산의 불용, 인력 운용의 비효율성, 사업간 연계 및 통합 불가, 지역여건에 맞는 사업운영 어려움 등 기존 국고보조사업의 문제 해결 가능

2) 모자보건사업 운영 역량 강화

- 지역사회 모자보건업무 담당자의 전문성 및 실무능력 향상을 위한 직무교육 실시
  - 연초에 사업수행에 필요한 세부 전문분야 및 지침 관련 교육을 실시하고, 보건복지 인력개발원의 상시교육프로그램 운영으로 담당자 역량강화

나. ’19년 정책추진 방향

1) 난임부부 지원 등 임신·출산에 대한 사회적 지원 강화

- 난임부부 시술비 지원 및 난임시술 의료기관 평가 등
  - 난임부부 소득이 중위소득 180%이하, 기초생활수급자 및 차상위계층에 대해 체외수정(신선배아, 동결배아) 및 인공수정 일부본인부담금, 비급여 의료비를 최대 10회까지(신선배아 4회, 동결배아 3회, 인공수정 3회/ 회당 50만원 범위) 지원
  - 난임시술 지정의료기관 평가 및 통계시스템 운영
  - 난임우울증상담센터 설치·운영(중앙 1개, 권역 3개)

- 청소년산모 임신출산 의료비 지원
  - 만18세 이하 모든 청소년 산모에게 임신 1회당 120만원 범위내 지원
- 임산부의 날(10월10일), 임산부배려 캠페인을 통해 임신·출산에 대한 사회적 지원 강화
  - 매년 임산부의날 제정 기념 및 임산부배려 캠페인을 통한 임신·출산 친화적 환경 조성

2) 영유아 사전예방적 건강관리를 통한 차세대 인적자원 확보

- 미래세대 건강보장을 위한 선천성 장애예방 사업
  - 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원('19년 51억원, 12천명)
  - 선천성대사이상검사 본인부담금 지원 및 만19세 미만 환아에 대한 특수식이 지원('19년 27억원)
  - 선천성 난청검사 및 보청기 지원('19년 16억)
  - 취학전 아동 실명예방('19년 6억)

3) 산후조리원 감염·안전관리 강화

- 「산후조리원 감염관리 종합대책」 이행을 위한 모자보건법령 개정
  - 감염의심자 종사제한, 잠복결핵검진 의무화, 교육대상 확대, 위반사실 공표 등
- 산후조리원 화재피해 예방을 위한 시설기준 강화 및 위기 대응능력 제고를 위한 모자자보건법령 및 안전관리 지침 개정
  - 신규 개설 산후조리원 저층 설치 의무화, 소방안전교육 강화, 피난·대피·행동요령 구체화 등
- 산후조리원 감염관리 및 소비자 권익보호 강화를 위한 모자보건법령 개정('19.1월 공표, '20.1월) 시행 등 제도개선
  - 산후조리업자 준수사항 추가, 감염예방교육 대상자 확대(산후조리업자→산후조리업 종사자), 정지·폐쇄 요건 추가, 모자동실 운영 권장 조항 추가 등

3 2019년도 사업예산

(단위 : 백만원)

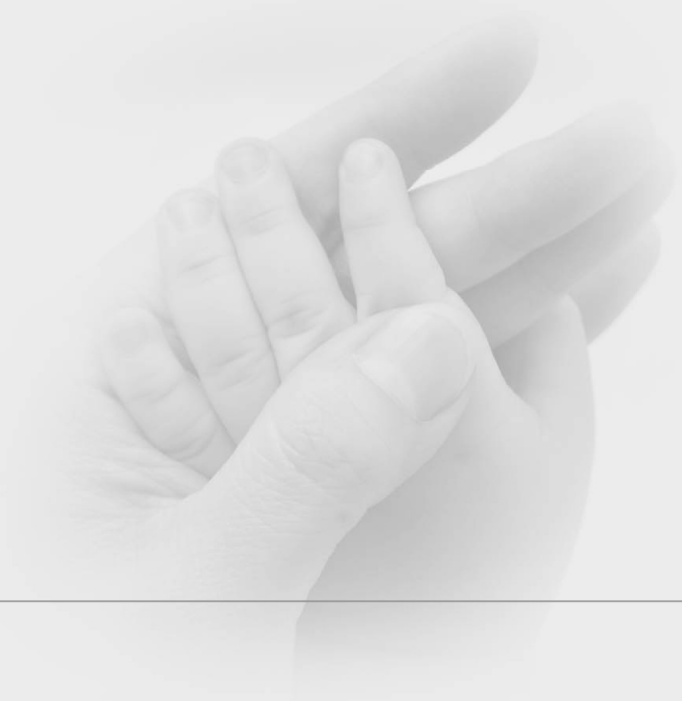
사 업 명			일반/기금	지원기준	'18		'19		비 고
					사업량	예산	사업량	예산	
계									
모성건강	임산부·아동 건강 관리	철분 제지원	기금	지자체 (서울 30%, 기타 50%)	통합건강증진사업 추진				- '08년 사업개시 - 지원대상 : 임신5개월 이상으로 보건소등록 임산부 - '13년 지역사회통합건강증진사업 실시
		엽산제 지원	기금						- '12년 신규 - 지원대상 : 임신일부터 3개월 까지 지원 - '13년 지역사회통합건강증진사업 실시
		표준모자 보건 수첩 보급	기금		195 천명	195	195 천명	195	- '08년 사업개시 - 지원대상 : 임산부 및 영유아
	가임기 여성 건강 증진 지원	임신·출산·육아 종합 정보제공	기금	민간경상	-	546	-	546	- '05년 사업개시 - 사업내용 : 임산출산 육아종합정보 제공
		모유수유 클리닉	기금	지자체 (50%)	통합건강증진사업 추진				- '08년 사업개시 - 사업내용 : 지자체 보건소 모유수유클리닉 - '13년 지역사회통합건강증진사업 실시
	모성 건강 환경 조성	임산부의날 행사 및 임산부 배려 캠페인	기금	민간경상	-	55	-	100	- '06년 사업개시 (모자보건법 제3조의2)
	인공임신중절 예방		기금	민간경상	-	635	-	536	- 인공임신중절 예방 교육 - 마더세이프상담센터 운영

사 업 명			일반/기금	지원기준	'18		'19		비 고
					사업량	예산	사업량	예산	
청소년산모	청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업		기금	지자체(50%)	1,000명	600	700명	300	- '11년 사업개시 - 지원대상 : 만18세이하 청소년 산모 - 사업내용 : 청소년 산모 산전검사 및 출산비용 등 지원
난임지원	난임부부 지원사업	체외수정(신선,동결)	기금	지자체(서울30%, 기타50%)	19,675건	4,722	–	18,444	- '06년 사업개시후 '19.1월부터 체외(신선,동결)수정 및 인공수정 일부본인부담금, 비급여시술비 지원 - 지원대상 : 난임진단을 받은 난임부부 - 지원조건 : 기준중위소득180%이하, 수급자 - 지원횟수 : 최대 10회(신선4회, 동결3회, 인공수정3회)
		인공수정	기금	지자체(서울30%, 기타50%)	-	-	-		
		보조인력 지원 및 심의위수당	기금	지자체(서울30%, 기타50%)	-	1,036	-	1,036	- '06년 사업개시 - 사업내용 : 난임부부 지원사업 보조인력비
		난임우울증상담센터 설치·운영	기금	민간보조	1	567	1	567	중앙난임우울증상담센터
				지자체(50%)	3	357	3	357	권역난임우울증상담센터
아동건강	미숙아·선천성 이상아 의료비 지원		기금	지자체(서울 30%, 기타 50%)	11천명	6,105	11천명	5,111	- '00년 사업개시→'05년 체중별 차등_지급 - 지원조건 : 기준중위소득 180% 이하 - 지원내용 : 의료비 지원 * 신생아 집중치료실 건강보험 보장성 확대 ('16.10월~), 선택진료비폐지('18.1.1)
	선천성대상이상검사 및 환아관리		기금		364천명	5161		2,749	- '91년 사업개시(5개 질환)→'95년(다빈도 2개 질환)→'06년 검사종목 확대(6종) - 지원조건 · 기준중위소득 180%이하 가구 - 지원내용 : 텐덤매스 본인부담금 지원 (500여종), 특수조제분유 등 지원

사 업 명		일반/기금	지원기준	'18		'19		비 고
				사업량	예산	사업량	예산	
	선천성 난청검사 및 보청기 지원	기금		70 천명	580		1,646	- '07년 사업개시 - 지원조건 : 기준중위소득 180%이하 - 지원내용 : 선별검사 본인부담금 지원 및 보청기 지원
	취학전 아동 실명예방	기금	민간경상	76 만명	605	76 만명	605	- '00년 사업개시 - 사업내용 : 저시력아동 시각 홍보 및 교육 재활, 개안수술비 지원 등
고위험임산부	고위험 임산부 의료비 지원사업	기금	지자체 (서울30%, 기타50%)	8,440 명	4,051	16,260 명	4,051	- '15년 사업개시 - 지원대상 : 기준중위소득 180%이하, 11대 고위험 임신질환으로 진단받고 입원치료 받은 자 - 사업내용 : 고위험 임신의 적정 치료·관리에 필요한 진료비 지원
기저귀·조제분유	저소득층 기저귀·조제분유 지원사업	일반	지자체 (서울30%, 기타50%)	67,400 명	17,720	67,400 명	17,361	- '15년 사업개시 - 지원대상 · 기저귀 : 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급가구의 만 2세 미만 영아 · 조제분유 : 기저귀 지원 대상 중 특정사유에 해당하는 경우 - 사업내용 : 저소득층 영아(0~24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀 및 조제분유 지원

Ⅱ 모성건강

1. 모성건강 관련 통계
2. 표준모자보건수첩 제공
3. 임신·출산·육아 종합정보제공
4. 출산 친화적 환경조성
5. 위기임신 상담 제도
6. 산후조리원 감염 및 안전관리



Ⅱ. 모성건강

1 모성건강 관련 통계

가. 모성사망비 추세

(단위 : 명, %)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
모성사망수	72	58	60	74	81	48	50	48	38	34	28
출생아수(천명)	493.2	465.9	444.8	470.2	471.3	484.6	436.5	435.4	438.4	406.2	357.7
모성사망비	15	12	13.5	15.7	17.2	9.9	11.5	11.0	8.7	8.4	7.8

* 자료출처 : 「2007~2008 영아·모성사망조사」 한국보건사회연구원·복지부, 2009~2017년은 통계청
* 모성사망비 = 모성사망수 / 출생아수 × 100,000

2 표준모자보건수첩 제공

목 적

- 표준모자보건수첩 보급으로 임신부터 영유아기까지의 각종 검사 및 건강관리 안내, 예방접종, 검진(검사) 등 의무기록 유지, 양육에 대한 필수·객관적 정보 제공으로 모성과 영유아의 건강증진 도모

가. 사업개요

- 지원근거
  - 모자보건법 제3조(국가와 지방자치단체의 책임) 및 동법 제9조(모자보건수첩의 발급)

- 추진 배경
  - 민간 병·의원 및 분유회사 등에서 모자보건수첩을 자체 제작·보급하고 있으나 임신·출산·건강검진 등과 관련한 정보의 객관성 확보 부족 및 건강기록 단절로 임산부 및 영유아의 체계적인 건강관리 미흡
  - 보건소에서는 임산부가 등록한 경우에만 수첩을 제공해 왔으나 보급률이 저조하여 모자건강 관리의 실효성 제고 필요

- 추진 방향
  - 산전 진찰 보험급여 및 6세미만 영유아 무료 건강검진, 예방접종 사업등과 연계한 표준모자보건수첩 활용을 통해 임산부 및 영유아의 체계적인 건강증진 도모

- 6세미만 영유아 무료 건강검진과 연계
  - 수첩에 건강검진 일정표 및 성장발육곡선 등을 수록하여 적기 검진(검사) 실시 및 정보 제공

- 산전 검진 보험급여와 연계
  - 보험급여 진찰 항목을 수록하여 임산부의 적기 검진(검사) 유도

- 예방접종사업과 연계
  - 예방접종 일정표 및 접종 후 주의사항 등을 기록하여 적기 접종 유도

- 건강보험공단으로의 위탁 체계
  - 국비, 지방비 매칭 예산체계에서 수첩을 민간 병·의원 및 보건소 등 의료기관을 통해 보급하기 위해서 제3의 기관(국민건강보험공단)에 위탁, 지원·관리를 효율화

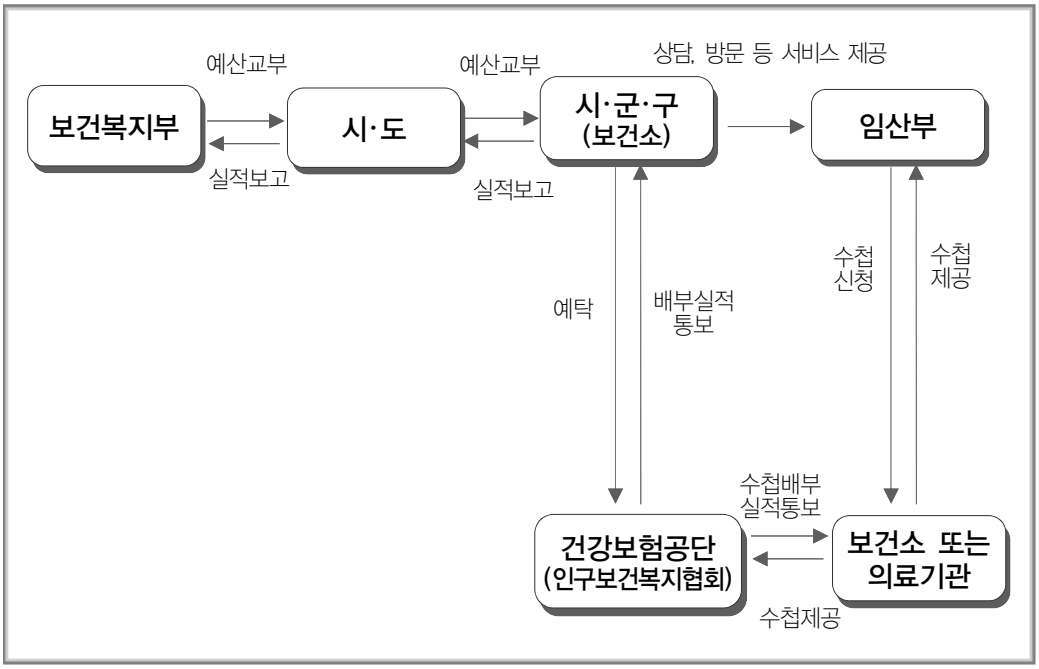
- 소아과학회 및 산부인과학회 등 관련 전문기관의 의견수렴을 통해 내용의 전문성 및 객관성을 제고하고 수첩 활용성을 증진
  - 어린이건강 수첩은 예방접종 및 검진(검사) 등 기록·관리 위주로 제작
  - 산모수첩은 정보제공을 위주로 제작

- 수첩구성내용
  - 모자보건수첩(어린이건강)
    - 성장기록
    - 신생아 선별검사 및 성장별 맞춤형 건강검진
    - 영유아 건강검진 검사기록
    - 진료기록, 검사기록 및 입원기록
    - 표준예방접종일정표 및 기록표
    - 안전한 예방접종 바로알기 및 B형간염 주산기감염 예방사업
    - 치아발달 그림 및 개월별 영유아 구강설명
    - 안전한 우리집 만들기
    - 영유아돌연사증후군 및 건강한 이유식
  - 모자보건수첩(산모)
    - 태아의 발육과 모체의 변화
    - 임신 주수별 산전검사 시행 시기
    - 임신초기 기본검사 및 임신기간 중 검사 안내
    - 임신중 응급상황 및 영양관리
    - 분만이 임박했음을 알려주는 출산 징후들
    - 분만과정 및 산욕기의 관리
    - 출산후 임산부의 건강관리 및 산전후우울증 주요증상 등

나. 사업내용

- 지원대상 : 보건소 등록 임산부
- 지원내용
  - 임신 또는 출생사실 확인시 보건소 또는 의료기관에서 임산부나 영유아에 대하여 표준모자보건수첩 발급
    * 의료기관에서 발급받은 경우 보건소에서 별도 발급 불필요
- 예산
  - 예산구분 : 국민건강증진기금 (자치단체경상보조)
  - 소요예산 : 국고부담액 195백만원
  - 국고보조비율 : 서울 30%, 기타 시·도 50%

다. 사업 추진체계



3 임신·출산·육아 종합정보제공 (아이사랑)

필요성

- 임신·출산·육아관련 종합정보 및 신뢰성 있는 상담서비스 제공
  - 가임기여성의 건강한 출산과 양육을 위해 필요한 정보를 제공하고, 출산친화적 사회분위기 조성으로 출산율 안정에 기여

가. 추진방향

- 임산부, 여성장애인등 가임기 여성의 생애주기별 특성에 맞는 임신·출산 및 육아 관련 종합정보 제공

나. 사업내용

- 임신·출산·육아 등 종합정보제공(www.childcare.go.kr, 1644-7373)
  * '15년부터 아이사랑 사이트로 통합개설
- 가임기 여성의 특성에 맞는 정보콘텐츠 개발·제공
- 분야별 전문가에 의한 24시간 온라인 상담 및 상담원의 상담전화 활성화를 통한 가임기 여성의 정보 접근성 제고
  * 온라인 상담(산부인과, 소아청소년과, 산전후우울증, 육아, 모유수유)
  ** 전화상담(임신출산육아 및 기타 1644-7373)
- 여성장애인, 국제결혼이주여성, 다문화가족 등 정보 소외계층 대상 특성화 콘텐츠 개발 및 보급
- 온·오프라인 정보 연계를 통한 사이트 내 임신·출산·육아 콘텐츠 활성화
- 수유시설 검색 사이트 운영을 통해 이용자 접근성 강화 및 수유 편의 증진

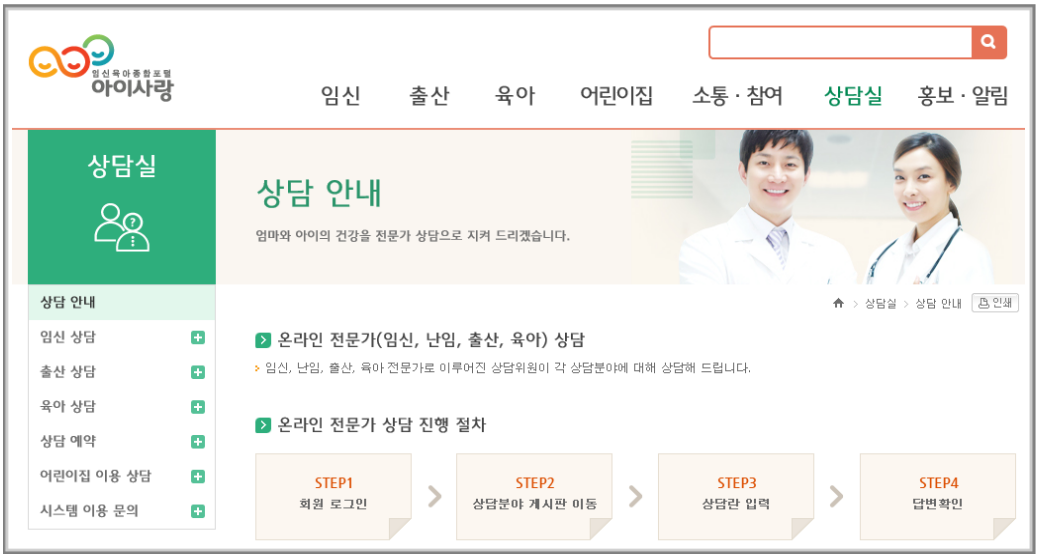
[참고자료 1]

아이사랑사이트 임신, 출산, 육아 등 상담 이용 안내

〈온라인전문가 상담〉

- 아이사랑(www.childcare.go.kr) 회원가입 후 로그인
- 상담실 내 해당 상담분야 이동, 상담글 등록 및 답변 확인

〈예시 화면 1〉



〈예시 화면 2〉

〈예시 화면 3〉

〈전화상담 예약〉

- 회원 로그인 없이 필수항목 입력으로 상담예약 가능
- 임신출산육아 전화상담(1644-7373) 예약

〈예시 화면〉

4 출산 친화적 환경조성 (임산부의 날 행사 및 임산부 배려 캠페인 추진)

임산부의 날 제정 배경

- 「임산부의 날」을 통해 전국민이 임신과 출산의 중요성을 재인식하고 출산친화적 사회분위기를 조성하여 저출산 극복에 기여
  - 모자보건법 개정('05.12.7) : 10월 10일을 임산부의 날로 제정
    ※ 10월 10일 : 임신기간(10개월), 풍요와 수확의 달(10월)을 의미

가. 임산부의 날 행사 실시

1) 목적

- 임산부의 날(10월 10일) 행사를 통해 임신과 출산의 중요성 재인식 및 임신·출산 친화적 환경 조성을 위한 개인 및 사회의 적극적인 참여 분위기 확산의 계기 마련
- 임신과 출산 친화적 문화 및 임산부가 배려 받는 사회분위기 조성
- 저출산 극복에 기여한 유공자(의료기관, 의료인, 민간단체, 지방자치단체 등)에 대한 포상·격려로 홍보효과 극대화

2) '19년 제14회 임산부의 날 기념 행사계획

- 일　　시 : '19. 10. 10.(목)
- 주　　최 : 보건복지부
- 장　　소 : 미정
- 행사내용 : 기념식 및 축하공연
- 기　　타 : 지방자치단체는 지방특성 및 실정에 맞게 자체계획 수립·시행

나. 임산부 배려 캠페인 추진

1) 추진배경 및 목적

- 초기 임산부들은 유산의 위험, 입덧과 구토, 과다한 피로감 등 신체적·정신적 어려움을 겪음에도 외견상 표시되지 않고 사회적 인식도 부족하여 공공장소나 교통수단을 이용할 때 충분한 배려를 받지 못하고 있음
- 이에 임산부임을 나타내는 상징 디자인을 소지물품이나 공공장소 안내문 등으로 다양하게 제작·보급하여 초기 임산부들이 공공장소에서 배려 받을 수 있는 사회 분위기를 조성·확산

2) '19년도 계획

- 임신·출산에 대한 존중문화 조성
- 임산부배려 엠블럼 제작·배포
- 아이사랑(www.childcare.go.kr) 홈페이지를 통한 홍보 운영
- 홍보 포스터 및 임산부 배려 CF(동영상) 통한 홍보 지속
  - 임산부 배려를 위한 행동수칙 홍보
    - 홍보 포스터를 제작하여 전국 보건소 및 산부인과에 배포
    - 정책홍보 포털(아이사랑) 외 민간 사이트 연계 CF 송출 확대
- 지방자치단체는 지방특성 및 실정에 맞게 자체계획 수립·시행
  - 임산부배려 엠블럼(가방고리 등)을 적극 관내 임산부들에게 배부
  - 임산부배려 엠블럼 홍보 및 활용확대를 포함한 임산부배려 의식 제고를 위한 다양한 자체 추진방안을 적극 마련하여 추진

▌임산부 배려 엠블럼

- 의 미
  - '임산부 먼저'라는 문자와 임산부 배려를 뜻하는 '배려의 손과 원'을 결합하여, 강한 주목성을 나타냄으로 캠페인의 목적과 사회적 행동을 동시에 강조

- 아이와 엄마의 사랑, 가족과 사회의 사랑을 나타내기 위해 분홍을 주조색으로 사용

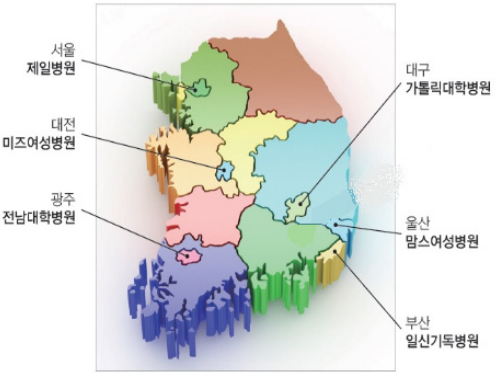
※ 2010.10월 임산부의 날 기념행사에서 우리나라 공식 임산부배려 엠블럼으로 선포

5 위기임신 상담 제도

1) 한국마더세이프 전문상담센터

- 임신 중 감기약, 피임약 등 약물복용 시 부작용 여부 및 안전한 약물사용에 대한 온·오프라인 무료 전문상담 제공
- 안전한 피임방법, 사후피임약의 올바른 복용법, 임신·출산 건강관리 안내 및 무료 전문상담 제공
  - 서울 중앙센터를 중심으로 대전, 대구, 광주, 부산, 울산 센터를 운영하여 근접 거리 상담 실시
  - 상담전화 : ☎ 1588-7309, 사이트 : www.mothersafe.or.kr
- 의료인, 일반국민 대상 교육 및 상담센터 홍보

거점병원 소개



◈ 상담
(전화) 1588-7309
(사이트) www.mothersafe.or.kr
(블로그) blog.mothersafe.or.kr
(트위터) twitter.com/mothersafe

◈ 중앙센터
(주소) 서울시 중구 묵정동 1-19 제일병원 모아센터 5층
(전화) 02-2000-7900
(전송) 02-2000-4796

2) 위기임신 상담(☎ 129, 보건복지콜센터)

- 24시간 위기임신, 인공임신중절 상담제공 및 전문상담기관 연계
- 미혼모 시설 등 유관기관 및 출산·자녀 양육 정보 등을 제공하고 임신갈등 상담서비스 연계
- 불법 인공임신중절 시술·광고에 대해서는 경찰 및 사법기관 신고하도록 안내

6 산후조리원 감염 및 안전관리

가. 목적

- 산후조리원은 임산부 및 영유아의 집단관리로 감염위험에 쉽게 노출, 화재 등 사고발생시 대피에 취약해 감염 및 안전관리를 통해 안전하고 건강한 산후조리 지원

나. 추진 경과

- 산후조리원의 신고제 도입('06.6월 시행)
  - 산후조리업자의 신고(법 제15조)
  - 산후조리업자의 준수사항(법 제15조의4)
  - 건강진단(법 제15조의5)
  - 산후조리 교육(법 제15조의6)
  - 벌칙 및 과태료 규정(법 제26조 및 제27조)
- 모자보건법 개정('09.7.8.시행)
  - 의료기관 이송시 이송보고 의무(법 제15조의4) 및 미보고시 과태료 부과(제27조제2항 제2호 신설)
  - 건강진단을 받아야 하는 자의 범위 명확화(법 제15조의5) 및 건강진단 미필의 경우 산후 조리 업자에게 과태료 부과(법 제27조제1항제2호)
  - 산후조리업에 직접 종사하지 아니하거나 둘이상의 산후조리업을 하려는 자는 건강관리책임자로 하여금 교육을 받게 할 수 있도록 함(법 제15조의6제3항 신설)
- 산후조리원 감염관리 지침 개정('13.12월)
  - 감염관리체계, 감염관리실무, 신생아 및 산모 감염예방 관련 규정
- 산후조리업자에 대한 감염예방 등에 관한 교육지침 개정('14.5월)
  - 교육방법을 온라인 교육에서 집합교육으로 변경

- 모자보건법 개정('15.7.29. 시행)
  - 산후조리원 이용으로 인한 감염 등 이용자 손해 배상책임 보장 및 책임보험 가입 의무화 (법 제15조의15)
  - 산후조리원 이용 시 제공되는 서비스 내용과 요금체계 게시 의무화(법 제15조의16)
  - 산후조리업 신규종사자 건강진단을 채용 후 1개월 이내 → 채용 전 1개월 이내로 변경(영 제16조의2 제2항)

- 모자보건법 개정('16.6.23. 시행)
  - 산후조리업자 및 종사자의 건강진단 외 예방접종 의무 추가(법 제15조의5)
  - 산후조리업자에게 필요한 보고 또는 산후조리원 검사의 범위·시기·내용·절차·방법 등에 관련하여 모자보건법에서 정하는 사항 이외는 「행정조사기본법」 준수(법 제15조의7)
  - 산후조리원 이용 시 제공되는 서비스 내용과 요금체계 공개의무 이외 중도해약 시 환불기준 공개 의무 추가(법 제15조의16)
  - 지방자치단체의 산후 조리원 설치·운영(법 제15조의17)
  - 산후조리원 평가 및 공표(법 제15조의19)
  - 산후조리 관련 실태조사 등(법 제15조의20)

- 모자보건법 개정('18.6.13. 시행)
  - 지자체가 설치·운영하는 산후조리원 설치기준 완화(법 제15조의17)

- 모자보건법 개정('18.9.14 시행)
  - 산후조리원 위반사실 등의 공표(법 제23조)
  - 의료기관으로 이송 사실 미보고 과태료 상향조정(법 제27조제1항 제1호의 2)

다. 감염 및 안전사고 예방을 위한 정기점검

1) 임산부 및 영유아의 감염 및 안전사고 예방을 위하여 정기적인 점검 실시

2) 주요내용

- 산후조리원 미신고 영업 유무(법 제15조)

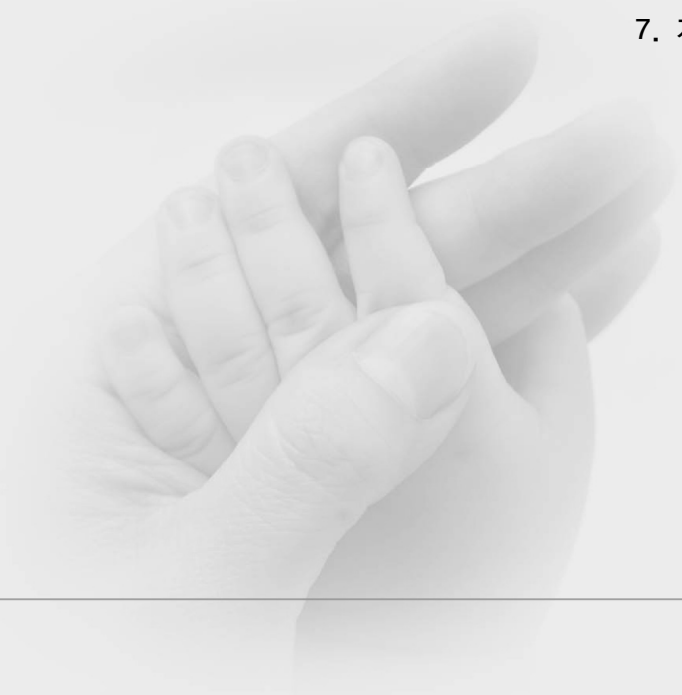
- 산후조리원 인력 및 시설기준 준수 여부(시행규칙 별표 2)
- 산후조리업자 및 종사자 결격사유 해당 여부(법 제15조의 2)
- 임산부 및 영유아 건강기록부 비치 및 건강상태 기록·관리 여부(법 제15조의4 제1호)
- 감염 또는 질병을 예방하기 위하여 소독 등 필요조치 실시 여부(법 제15조의4 제2호)
- 의료기관 이송 등 필요조치 여부, 이송시 이송보고 실시 여부(법 제15조의4 제3호, 4호)
- 산후조리업자와 종사자의 건강진단 및 예방접종 실시 여부(법 제15조의5)
- 산후조리업자의 감염 예방 등에 관한 교육 이수 여부(법 제15조의6)
- 산후조리원 유사명칭 사용 여부(법 제15조의14)
- 산후조리원 책임보험 가입 여부(법 제15조의15)
- 산후조리원 이용요금 및 중도해약시 환불기준 공개의무 준수 여부(법 제15조16)
- 「산후조리원 감염관리 지침」에 따른 감염관리 이행 여부(행정지도 사항)

3) 점검주기 : 분기 1회 이상

※ 산후조리원 관련 모자보건법령 세부사항은 '산후조리원 관리·운영 편람' 참고

Ⅲ 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

1. 사업개요
2. 서비스 대상자 선정
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용
4. 서비스 실시
5. 예산 집행 및 정산
6. 비용의 지불 정산
7. 개인정보 관리



Ⅲ. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

1 사업개요

가. 목 적

- 산전관리가 취약한 청소년산모 대상으로 임신·출산 의료비를 지원함으로써 청소년 산모와 태아의 건강증진 도모

나. 추진배경

- 청소년산모 특성상 사회적 노출기피, 부모와의 관계단절 등으로 산전관리가 미흡한 실정

다. 추진경과

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 도입 확정('10.12.)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 지침 마련·통보('11.1.)
  - (지원대상 및 방식) 미혼모자시설에 입소한 만 18세 이하 청소년산모, 직접청구
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 전용카드 도입 추진('11.9~12.)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 지원대상 확대 및 지원방식 개선('12.1.)
  - (지원대상) 미혼모자시설에 입소한 만 18세 이하 청소년산모
    → 만 18세 이하 모든 청소년산모
  - (지원방식) 직접청구 → 전용카드(보건소에서 발급되는 개인 지정형 정부기관 법인체크카드)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 국민행복카드 도입('15.5.)

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 지원범위 및 사용기간 확대('19.1.)
  - (지원범위) 임신부가 임신·출산 관련 진료비 중 본인부담 의료비 → 출생일로부터 1년 이내의 영유아의 요양기관 진료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담비용 추가
  - (사용기간) 분만예정일 이후 60일까지 → 분만예정일 이후 1년까지

라. 서비스 개요

- 지원대상자
  - 만 18세 이하 산모로 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청자
    * 연령은 "임신확인서"상 '임신확인일' 기준으로 만18세까지 이며, 소득·재산 기준 없음
    * (연령 산정 예시) '00.2.10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산의료비 지원을 받기 위한 임신확인일은 언제까지 인가요? 〈'19.2.9.〉

- 지원범위
  - 임산부가 산부인과 병·의원, 한의원, 조산원에서 임신 및 출산과 관련하여 진료 받은 급여 또는 비급여 의료비(초음파 검사 등) 중 본인부담 의료비
    * 한방의료기관(한의원, 한방병원)에서는 임신오저(O21 임신중 과다구토), 태기불안(O20 초기 임신중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 상병에 한해 지원(이 경우에도 첩약은 결제 불가)
    ** 산후조리비 및 보약 조제 등은 불가
  - 출생일로부터 1년 이내의 영유아가 요양기관에서 진료 받은 급여 또는 비급여 의료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담비용

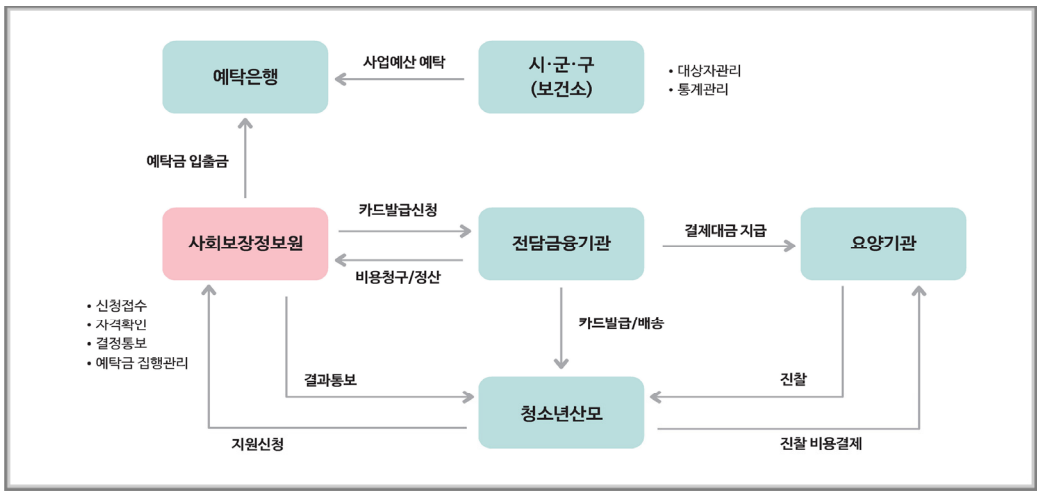
- 지원금액
  - 임신 1회 당 120만원 범위 내

- 사용기간
  - 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일 이후 1년까지

- 지원방법
  - 국민건강보험공단에서 지정한 요양기관에서 국민행복카드로 결제

마. 서비스 운영방식

- 관련근거
  - 모자보건법 제3조(국가와 지방자치단체의 책임)
  - 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제9조(사회서비스이용권의 발급 신청), 제10조(신청에 따른 조사), 제11조(사회서비스이용권의 발급) 및 제28조 (사회서비스 전자이용권의 관리체계 구축)
  - 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행령 제7조(업무의 위탁), 제8조의2 (민감정보 및 고유식별정보의 처리)
  - 국민행복카드 통합카드 운영관리 사업 계약 제2조 및 제3조
- 운영방식
  - 국가바우처 운영관리시스템 활용(사회보장정보원에 운영 위탁)
  - (위탁 기관 및 업무) 바우처사업 운영 전담기구인 사회보장정보원
    - 청소년산모 임신·출산 의료비의 신청접수 및 자격결정
    - 이용권 사용금액에 대한 비용처리 및 정산
    - 예탁금 관리 등
  - (카드발급) 국가바우처 운영관리사업 계약에 따른 전담카드사
    - BC카드의 회원카드사, 롯데카드, 삼성카드
- 운용절차



바. 바우처 신청 및 이용절차

임신확인	● (신청인) 요양기관에서 “청소년산모 임신·출산의료비 지원 신청 및 임신확인서” 발급
서비스신청	● (신청인) 임신확인서 등 구비서류를 지참하여 사회서비스 전자바우처 시스템을 방문하여 바우처 지원 및 국민행복카드(체크카드 또는 전용카드) 신청 - 임신확인서 및 주민등록등본 등 구비서류 우편 송부 - 우편접수처 : 사회보장정보원 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업 담당부서 * 국민행복카드 소지자는 카드 신청 및 발급 절차 불필요
서비스접수 및 자격결정	● (사회보장정보원) 국가바우처 시스템을 통해 서비스 접수 및 대상자 자격 결정
바우처생성	● (사회보장정보원) 바우처 생성 및 카드신청 정보 송신
카드발급	● (카드사) 카드발급 상담(전화) 및 카드발급
카드 수령	● (신청인) 국민행복카드 확인 후 본인 서명
바우처 사용	● (신청인) 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 요양기관에서 사용 - 사용범위 : 1회 임신으로 120만원 범위 내 * 카드 수령 후~분만예정일 +1년까지 사용 가능

사. 기관별 담당업무

구 분	업무 내용
보건복지부	• 기본계획 수립 • 사업평가 및 지도·감독 • 사업 홍보 및 교육
보 건 소	• 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 접수 및 지원 대상자 관리 • 청소년산모 임신·출산 의료비 예탁 및 통계 보고
요양기관	• 청소년산모 임신·출산 의료비 대상자 관리 • 청소년산모 임신·출산 의료비 청구 및 수령
사회보장정보원	• 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청접수 및 자격결정 • 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 바우처 생성 및 관리 • 청소년산모 임신·출산 의료비 예탁금 운영 및 관리 • 국가바우처 운영관리시스템 운영
전담금융기관 (카드사)	• 국민행복카드 발급 및 거래내역 관리 • 사회보장정보원과 정산
예탁은행	• 사업비 예탁계좌 관리 • 예탁금 입/출금 관리

2 서비스 대상자 선정

가. 신청기준

- 임신부 본인 또는 그 가족(민법 제779조에 따른 가족)
  - 임신부 본인 신청을 원칙으로 하되, 고위험임신 등의 사유로 불가피하게 본인 신청이 어려운 경우 가족이 대리 신청 가능

나. 신청절차

주 체	절 차
요양기관	**임신 확인** (임신확인서의 임신확인란 기재)
임신부 또는 가족, 시설담당자,	**온라인 신청 및 구비서류 우편 송부** (신청일로부터 15일 이내에 사회보장정보원에 도착하도록 송부)
사회보장정보원	**서비스 신청 접수 및 자격 결정**
전담금융기관	**카드발급 상담전화 및 카드발급** (카드발급신청 및 개인정보활용 동의 유선 상담) * 국민행복카드는 카드사(은행)를 직접 방문하여 별도 신청이 가능하고, 기 발급 받은 국민행복카드도 이용 가능
임신부	**카드 수령** (카드가입신청서 별도 작성 본인 서명 필요)

※ 신청한 카드사에서 대상자 본인 확인을 위한 발급상담 전화가 발신됨. 다만, 전화연결이 지연되는 경우 카드 발급이 지연됨.
※ 전담금융기관에서 청소년 임산부에게 카드발급 상담전화 시 본인여부, 카드수령지 등 확인
※ 임신부는 카드수령 시 카드 가입신청서 별도 작성 및 임신부 본인 서명 필요

● 신청권자 : 임신부 본인 또는 그 가족

- 임신부 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 신청 하기 어려운 경우 위임장을 가지고 대리 신청 가능
- 가족의 범위 : 민법 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

● 신청 접수처

- 온라인신청 : 사회서비스 전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)
- 구비서류 접수 : 사회보장정보원 바우처사업본부 청소년산모 업무 담당

※ 주소 : 서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩
사회보장정보원 바우처사업본부 청소년산모 담당자 (우편번호) 04554

● 제출서류

- 청소년산모 본인이 신청한 경우
  - 요양기관에서 발급받은 '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서 (서식 제1호)' 1부(이하 '임신확인서'라 한다.)
  - 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부

※ '주민등록등본'은 발급일로부터 3개월 이내 제출하여야 인정되므로, 가능한 최근 발급한 '주민등록등본' 제출

※ 신청서상의 임신확인란을 요양기관에서 확인 받은 후 신청

※ 의료비 지원대상자가 만14세 미만인 경우에는 "임신확인서" 뒷면의 맨 하단에 있는 '법정대리인' 란에 반드시 동의 서명 후 제출

※ 청소년산모가 본인 또는 가족 휴대폰인증 문제로 온라인 신청이 불가하여 미혼모자시설, 권역별 미혼모·부자지원기관, 보건소에 신청 할 경우 해당 기관에서는 본인확인 후 제출서류를 받아서 공문으로 사회보장정보원에 신속하게 우편 송부

* 제출서류 : 임신확인서, 주민등록등본, 본인확인을 위한 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등) 사본

* 청소년산모가 기관을 방문하여 신청할 경우 산모는 「사회서비스 전자바우처 포털」에서 온라인 접수는 하지 않음(사회보장정보원에서 등록함)

- 청소년산모 가족이 대리 신청한 경우
  - 요양기관에서 발급받은 '임신확인서(서식 제1호)' 1부
  - 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부
  - 위임장(서식 제3호), 대리인 신분증 사본, 청소년산모(임신부)와의 가족관계를 입증(주민등록등본, 가족관계증명서 등)할 수 있는 서류

- 제출기한
  - 온라인 신청일로부터 15일이내에 사회보장정보원에 도착하도록 송부
    ※ 제출기한내에 제출서류(임신확인서, 주민등록등본 등)를 미제출한(미비한 경우 포함)사람에게는 10일 이내에 보완서류를 제출 하도록 안내

다. 결 정

- 사회보장정보원 담당자는 신청 이후 구비서류 내용을 확인하여 접수 처리 및 대상자 자격 결정
  ※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화번호는 본인 확인에 반드시 필요하므로 기재)
  ※ 요양기관기호, 면허번호 반드시 기재, 개인정보 제공 및 활용 동의에 대한 본인서명 확인
- 대상자 선정 결과는 국가바우처 운영관리시스템을 통해 전담금융기관 (카드사)으로 전송

라. 통지, 발급 및 카드수령

- 전담금융기관(카드사)에서 본인확인(카드발급 상담전화 실시) 후 카드 발급 및 서비스 이용 방법 등 안내
  - 이용권 지원액, 서비스 이용 절차 및 서비스 범위 등 안내
- 전담금융기관은 대상자에게 카드를 개별로 송부하고, 서비스이용 방법 안내
  - 자격결정 완료일로부터 7~10일 이내에 카드발급 및 배송
- 전담금융기관의 카드발급 상담 전화 확인 때 본인이 요청한 카드수령 주소지로 배송
  - 임신부는 카드수령 시 카드가입신청서를 별도 작성하며, 본인서명날인 후 카드수령 가능(원칙적으로 본인이 국민행복카드 수령)
  - 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등)과 주민등록등본(가족관계 증명서 등) 제시
    ※ 전담금융기관 영업점을 방문하여 카드수령 가능

마. 변 경

- 임신확인일, 분만예정일 변경 시 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경 신고서(서식 제2호)'를 작성하여 사회보장정보원으로 제출
  ※ 변경사항 신고 시에는 요양기관 확인란(임신확인서)을 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능
  ※ 성명, 주민등록번호는 전담금융기관(카드사)을 통해 변경 신청 가능

3 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용

가. 개 요

- 서비스 대상자로 결정된 자에게는 이용권(국민행복카드) 발급
  - 전담금융기관은 이용권(국민행복카드) 신청발급 절차 후 발송
- 요양기관은 서비스 제공 후 대상자로부터 국민행복카드를 받아 결제 처리

나. 이용권(국민행복카드) 발급

1) 이용권(국민행복카드) 발급 절차

- 사회서비스 전자바우처 홈페이지에 접속 후 청소년산모 임신·출산의료비 지원 신청 시 해당 카드사 지정 선택
  - 지원신청서에 기재한 핸드폰(본인 또는 신청인 명의)으로 전화확인 등 자격결정 이후 해당 금융기관의 카드발급상담전화로 확인 후 발급
  - 이용권(국민행복카드)은 반드시 임신부 본인 명의로 발급 신청

    ※ 서비스 신청 시 '국민행복카드사'를 선택하면, 대상자 자격결정 후 전담금융기관으로 카드신청 정보 전송
- 전담금융기관에서 이용권(국민행복카드)을 서비스 대상자에게 개별 발송

2) 이용권(국민행복카드)의 종류

- 카드의 종류 및 발급 원칙
  - 체크카드, 전용카드(계좌 미연계 체크카드)
    - 체크카드 발급을 기본으로 하고, 전용카드는 계좌계설이 어려워 체크카드 발급이 원칙적으로 불가능한 자에게만 발급
- 카드는 서비스 대상자 명의로 발급
  - 가족이 신청하는 경우 위임장 및 임신부와의 관계서류 첨부
  - 금융기관의 카드발급 상담전화 시 임신부 본인과 반드시 통화하여 확인

- 체크카드발급을 위해서는 서비스 대상자 본인 명의로 개설된 결제 계좌 필요
  - 체크카드는 국민행복카드 신청 카드사별로 상이

【각 카드사별 개설 가능한 체크카드 계좌】

카드사	개설 가능한 계좌
BC카드	우리은행, IBK기업은행, 부산은행, 대구은행, 경남은행, NH농협, 스탠다드차타드, 수협은행, 제주은행, 광주은행, 전북은행, 우체국
롯데카드	신한은행, KB국민은행, 우리은행, 하나은행, 스탠다드차타드, 외환은행, 전북은행, IBK기업은행, NH농협, 수협은행, 부산은행, 대구은행, 경남은행, 광주은행,
삼성카드	광주은행, 대구은행, 부산은행, 새마을금고, 스탠다드차타드, 신한은행, 외환은행, 전북은행, 하나은행, 우리은행, KB국민은행, 경남은행, IBK기업은행, NH농협

※ 카드사와 개설 가능한 계좌은행은 국민행복카드와 동일하게 운영되므로 국민행복카드 변동시 청소년산모 임신·출산 의료비지원도 변동됨

  - 계좌 개설이 필요한 경우 임신부 본인이 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등) 및 주민등록등본(실명확인용)을 지참하여 계좌 개설이 가능한 은행에 방문하여 직접 개설
    - 다만, 만 14세 미만 아동인 경우 보호자(부모 등) 신분증 및 가족을 확인할 수 있는 가족관계증명서 등을 지참하여 부모가 카드사별 계좌 개설이 가능한 은행에 방문하여 개설(금융기관 방문전에 전화로 필요서류 확인 요망)

3) 카드 결제기준

- 지원금 포인트는 이용권(국민행복카드) 발급 시 생성
  ※ 카드수령 시에는 포인트가 생성된 카드임
- 사용기간 내 미 사용된 지원금(포인트)은 자동 소멸

4) 카드 재발급

- 성명, 주민번호 변경에 따른 카드재발급은 전담금융기관에서 안내 및 신청
- 카드훼손 또는 분실 시 전담금융기관에 신고 후 재발급
  ※ 분실할 경우 재발급 시까지 이용할 수 없으므로 관리 철저 요망
  ※ 분실 사실을 미신고하거나 신고지연으로 타인이 사용한 경우 나머지 차액만 지원 되므로 관리에 철저를 기하고 분실 시 즉시 신고할 것

5) 이용권(국민행복카드) 관련 주의사항

- 카드 수령 후 반드시 임신부 본인이 보관
- 사회서비스 전자바우처 포털 및 전담금융기관에서 자신의 지원금(포인트) 잔액 및 사용내역 등 확인 가능

다. 이용권(국민행복카드) 지원내용

1) 이용권(국민행복카드) 지원액

- 1회 임신에 120만원 범위 내 지원
- 사용기간 내 미 사용된 지원금은 분만예정일 1년 이후 자동소멸
- 요양기관에서 임신·출산 관련 진료 및 영유아의 진료 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입 후 국민행복카드로 의료비 결제

2) 서비스 기간

- 지원된 이용권(국민행복카드)은 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일＋1년까지 임신·출산 관련 의료비 및 영유아의 진료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비 중 본인부담금 지불에 사용
  - ※ 사용기간 : 카드수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일＋1년까지(유·사산시 유·사산확인일＋1년까지)
  - ※ 유·사산시 1년 이내에 사회보장정보원 콜센터(1566-0133)로 사용중지 신고
- 지원금정지자는 지원금정지일의 익일로부터 카드 서비스가 정지되고, 지원금 정지 해제일 다음 날부터 서비스 이용 가능

3) 이용권(국민행복카드) 부정사용 시

- 타인에게 '국민행복카드'를 양도하거나 매매 등으로 부정사용이 확인 될 경우 부당 이득 환수 및 서비스 대상자 자격 박탈
- 동일한 진료항목의 동일한 금액에 대해 타 지원금과 중복 사용한 경우, 해당 금액 만큼 환수 및 서비스 대상자 자격 박탈

- 국가(지자체포함) 또는 사회공헌기금 등으로부터 의료비를 지원받은 경우 동일한 진료항목의 동일한 금액에 대해서는 중복사용 불가
- 다만, 동일 진료항목의 의료비 본인부담금이 타지원금의 이용금액을 초과하여 발생한 경우, 부족분에 한하여 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'으로 이용 가능

- 이용범위에 벗어난 진료항목에 대한 청구(불법 인공임신중절 등) 및 요양기관과 담합에 의한 부정사용일 경우 해당 금액만큼 환수 조치
- 부정사용을 확인한 경우 시군구(보건소)는 서비스 대상자 자격 박탈 조치 및 대상자나 기관에 부당이득 환수예정통보서 발송 후 현금고지 및 환수

4 서비스 실시

가. 서비스 이용절차

1) 개요

구 분	주 체	내 용
카드수령	임신부	● 본인서명 날인 후 카드 수령
↓		
서비스 제공	지정요양기관	● 임신부에게 임신·출산 관련 진료 제공
↓		
국민행복카드 사용	임신부	● 요양기관에서 발생한 청소년산모 임신·출산 의료비 중 본인부담금은 국민행복카드로 결제

나. 서비스 이용범위

- 임신부가 요양기관에서 임신·출산 관련 진료를 받아 발생한 의료비 (급여·비급여)와 출생일로부터 1년 이내의 영유아가 진료 받은 의료비(급여·비급여) 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담금 지불

결제 가능한 서비스 이용 기준

〈임산부〉
- 산부인과 진료과목으로, 임신 및 출산과 관련된 진료로서 산전검사, 출산, 유산, 산후진료 등
- 감기, 외상, 골절 등 임신·출산과 관련되지 않은 진료비는 결제 불가
- 한의원 또는 한방병원의 경우, 임신오저(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 첩약(보약)은 결제 불가
- 불법 인공임신중절 시술비에는 사용 불가

〈영유아〉
- 요양기관에서 진료 받은 의료비와 처방에 의한 약제 및 치료재료 구입비

- 입원, 외래 진료 구분 없이 결제 가능 (조산원은 외래 해당없음)
- 임신 1회당 120만원 범위내 지원
- 임신부는 서비스 사용 전에 지원금 잔액 확인 가능

5 예산 집행 및 정산

가. 개 요

- 사회보장정보원에서 이용권 사용금액에 대한 비용처리 및 정산 업무 담당
- 국가바우처 운영관리시스템을 통해 예탁금 집행 현황을 관리함으로써 예탁금 관리의 투명성과 효율성 고취

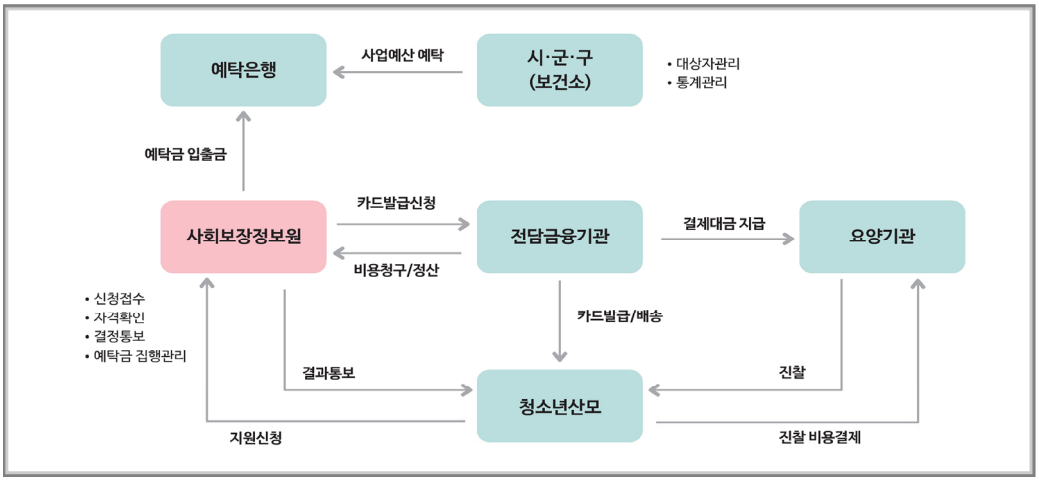
【기관별 예산집행 관련사항】

주 체	관 련 업 무
요양기관	● 카드 가맹점 계약 ● 청소년산모 임신·출산 의료비 청구 및 수령
보건복지부 및 시군구(보건소)	● 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 관리 (사업 예산 예탁업무 포함) ● 사회보장정보원에 업무위탁·관리 감독 ● 청소년산모 임신·출산 의료비 사후관리 등
전담금융기관	● 요양기관 이용권(국민행복카드) 가맹점 관리 ● 이용권(국민행복카드) 발행 및 거래내역 관리 ● 사업비 및 예탁금 정산
예탁은행	● 지정 예탁계좌 관리
사회보장정보원	● 예탁금 비용처리 및 정산

나. 사업 예산

- 6억원(지자체 보조 50%)

다. 추진 체계



라. 예산관리 및 비용정산

- 청소년산모 임신·출산 의료비 회계연도는 정부 회계연도와 동일
- 보건복지부는 시·도의 사업실적을 감안하여 분기별 예산 배정, 시·도는 관할 시·군·구(보건소)의 사업실적 등을 감안하여 사업예산 배정
- 시·군·구(보건소)는 예산집행현황 및 지원실적을 매년초 시·도에 보고하고, 시·도는 익월 10일까지 보건복지부에 보고
- 이용권(국민행복카드) 이용자가 이사간 경우 서비스 이용 카드발급 시·군·구(보건소)에서 이용기간 만료 시까지 의료비 지원
  - 이용권(국민행복카드) 발급 후 주소 변경이 있는 경우 신청 당시 주민등록상 거주지 관할 시·군·구(보건소)에서 의료비 계속 지원
- 시·군·구(보건소)는 매분기(1, 4, 7, 10월 5일까지 선납) 첫월 5일까지 보건복지부에서 안내한 시·군·구(보건소)별 계좌에 입금

- 사회보장정보원은 이용내역과 결제액을 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
  - 월정산 및 분기정산 내역은 국가바우처 운영관리시스템을 통해 확인 가능

- 정산절차

구 분	주 체	업무 내용
❶ 계좌개설	사회보장 정보원	● 청소년산모 임신·출산 의료비 입금 및 지급계좌 개설 ※ 보건소 명의 전용 가상계좌 개설 (타 사업 예산 입금 금지)
❷ 입금	시군구 (보건소)	● 매분기 첫월(1,4,7,10) 5일까지 반드시 전용계좌에 선입금 ※ 입금 지연 시, 미수금 연체처리로 지역 내 대상자의 카드사용이 모두 중단되어 민원이 발생 할 수 있으므로 입금일 필히 준수 요망
❸ 청구	카드사	● 전월 카드이용내역을 당월 5일까지 정보원에 청구
❹ 정산	사회보장 정보원	● 청구된 카드이용내역과 결제액을 시군구(보건소)별로 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
❺ 내역확인	시군구 (보건소)	● 국가바우처운영관리시스템을 통해 매월 지출된 의료비 확인

마. 예탁처리방법

- 예탁금 수납계좌 및 지급계좌
  - 사회보장정보원은 예탁은행에서 지정하는 지점에 청소년산모 임신·출산 의료비 지원용 자금관리를 위한 예탁금 계좌 개설
  - 사회보장정보원은 짝수년도와 홀수년도를 구분하여 효율적인 연말정산 및 관리를 위해 2개의 모계좌 개설

    ※ 모계좌 개설 및 변경 시 보건복지부 및 시·군·구(보건소)에 통보

- 예탁금의 배정 및 지급
  - 시·군·구(보건소)는 매분기 첫 월 5일까지 보건소별 전용 계좌에 입금

● 예탁금의 정산 및 결산

- 사회보장정보원은 예탁금 중에서 지급내역을 월 단위로 국가바우처 운영관리 시스템을 통해 정산관리
- 정산은 카드사에서 매입(결제 및 결제취소)으로 확정한 일자를 기준으로 함

※ (예시) 국민행복카드 결제일은 '18.12.31.이나 카드사 매입이 '19.1.2. 발생한 경우 '19년 사업예산으로 카드사에 지급됨

※ 전년도 국민행복카드 결제건이 금년도에 취소된 경우 취소금액은 금년도 해당월 정산금액에 반영됨

- 시·군·구(보건소)는 국가바우처 운영관리시스템을 통해 해당 시·군·구(보건소)별 예산 집행내역 확인 및 활용

● 예탁금의 회계관리

- 청소년산모 임신·출산 의료비의 회계연도는 정부 회계연도와 동일
- 사업연도 종료 시 이용자별 보유 중인 바우처(지원금)를 다음 회계연도로 이월

● 예탁금의 이자수입 관리 등

- 사회보장정보원은 예탁으로 인해 발생한 이자수입은 연말정산시 환급
- 사회보장정보원은 각 시·군·구(보건소)별 예탁금 사용 잔액 및 이자수입이 발생할 경우, 해당 시·군·구(보건소)가 지정한 계좌로 회계연도 종료 후 2개월 이내에 환급 처리
- 사회보장정보원은 예탁금 사용 잔액 및 이자수입 환급 시 10원 단위 미만은 절사 하되, 절사한 금액은 사회보장정보원 수입으로 처리

6 비용의 지불 정산

가. 청소년산모 임신·출산 의료비의 청구

- 요양기관은 서비스 제공 후 사회보장정보원과 연계된 전담금융기관(카드사)에 청구
  - 청구 방법 : 별도의 청구절차 없이 임신부의 임신·출산 진료비 범위 내에서 이용권 (국민행복카드)으로 단말기를 이용하여 결제
  - 청구 시점 : 이용권(국민행복카드) 결제 시점
  - 청구 대상
    - 본인부담금
    - 입원, 외래 진료행태 구분 없이 가능(단, 조산원의 경우 분만입원 진료시 가능)
    - 산부인과의 경우 초음파, 양수검사 등 비급여 내역이나 건강보험 요양급여 기준에 의한 급여내역 청구 가능

나. 청구 및 지급 절차

① 임신부 서비스 이용 ⇒ ② 국민행복카드 결제(기존 단말기 사용) ⇒ ③ 카드매출전표 출력 ⇒ ④ 해당 카드사(BC/롯데/삼성 카드)로 송신 ⇒ ⑤요양 기관에 비용 지급(매입 후 3~4영업일 이내)

다. 이용권 카드이용대금 지급시기 및 본인부담금 납부방법

구 분		내 용
지급 시기	요양기관 (가맹점)	- 요양기관(가맹점)과 전담금융기관(BC카드, 롯데카드, 삼성카드) 간 가맹점 계약에 따라 카드전표 매입 후 3~4영업일 내 가맹점 수수료 공제 후 지급 ※ 가맹점 계약 시 체결내용에 따라 요양기관별로 지급시기 및 수수료율은 상이할 수 있음
납부 방법	임신부 (카드회원)	- 체크카드 : 가맹점에서 카드사용 승인 시 회원계좌에서 즉시 출금 - 전용카드 : 가맹점에서 카드사용 승인 시 별도 납부절차 없이 결제

라. 임신·출산 진료비용의 지급

- 결제시점의 자격 및 지정요양기관 점검
  - 전담 금융기관은 결제시점마다 대상자 자격 및 지정요양기관 확인 후 정상인 경우에만 결제
    ※ 부정사용, 유산, 사망 등에 의하여 지원금 정지자로 확인된 자는 결제대상에서 제외
    ※ 요양기관 휴·폐업, 탈퇴 등으로 국민건강보험공단에서 통보한 기관은 결제대상에서 제외
- 전담금융기관과 지정요양기관 간에 기 체결된 가맹점 계약에 따라 기일이내 요양기관 계좌에 입금

마. 업무처리 절차

구 분	주 체	내 용
임신·출산 관련 의료서비스 이용	임신부	● 요양기관에서 청소년산모 임신·출산 관련 의료 서비스 이용 - 입원, 외래 구분 없이 급여, 비급여 진료 가능
▼		
청 구	지정요양기관	● 국민행복카드로 이용 단말기 결제
▼		
지 급	전담금융기관 (카드사)	● 전담금융기관은 사망자 등 정보원에서 통보한 부적격자 여부 수시 확인 ● 요양기관에서 청구된 임신·출산 진료비 지급 ● 사회보장정보원에 지급한 금액 청구
▼		
정 산	사회보장정보원	● 전담금융기관에서 요양기관에 지급한 금액 지급
▼		
지급(이용)내역 확인	시·군·구	● 월별 임신·출산 의료비 지급(이용) 내역을 국가바우처운영관리시스템으로 확인 및 관리

바. 이용내역 및 통계 관리

- 사회보장정보원은 전담금융기관에서 통보한 지급(이용)내역 등을 총괄하여 통계 관리
  - 매월 청소년산모 임신·출산 진료비 지급(이용)에 대하여 정산 관리
- 보건복지부 및 시·군·구(보건소)는 국가바우처운영관리시스템 정산내역을 통계현황 등 보고 시 활용

7 개인정보 관리

가. 개 요

- 『청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업』 업무 수행과정에서 처리하는 자료, 정보, 민원 정보는 외부에 무단유출 시 개인의 재산과 이익을 부당하게 침해할 수 있으므로 업무용 이외에 불법이용 방지 및 사용정보가 누출되지 아니하도록 개인정보 관리 철저

나. 개인정보 관리

- 『청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업』과 관련하여 처리하는 정보 등은 그 목적을 제외하고는 다른 용도로 사용할 수 없음
- 개인정보의 처리를 행하는 시·군·구(보건소) 담당자 또는 사회보장 정보원과 전담 금융기관에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 개인정보를 누설 또는 권한 없이 처리하거나 타인의 이용에 제공하는 등 부당한 목적을 위하여 사용할 수 없음
- 사회보장정보원과 전담금융기관은 정보 등이 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 안전성 확보에 필요한 조치를 취하여야 하고, 외부 기관에 정보를 제공할 수 없음
- 홈페이지 등을 통해 임신부에게 지원금 확인 등 정보를 제공할 경우에 개인정보가 노출 또는 유출되지 않도록 본인인증 절차를 거쳐 제공
- 사회보장정보원과 전담 금융기관은 개인정보보호를 위하여 정기적으로 소속 직원 교육 및 점검 실시
- '임신확인서' 및 제출서류는 신청 접수일부터 3년간 보관 후 파기

질의·응답

Q01 청소년산모 임신출산 의료비지원 대상은?

A 요양기관(산부인과 병·의원)에서 발급한 '임신확인서'로 임신이 확인된 만 18세이하 산모입니다. 연령기준은 '임신확인서'상 임신확인일 기준으로 만 18세까지 입니다. 별도 소득기준은 없으나, 신청접수 시 자격상실자 (주민등록말소자, 국외 출국자 등)는 제외 됩니다.

※ (연령산정 예시) '00.2.10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산 의료비지원을 받기 위한 임신확인일은 언제까지 인가요?<'19.2.9.>

Q02 신청방법 및 신청 접수처는?

A 구비서류(요양기관에서 받은 임신확인서, 주민등록등본)를 준비하여 사회서비스 전자바우처홈페이지(www.socialservice.or.kr)에서 신청한 후, 구비서류(임신 확인서, 주민등록등본)를 사회보장정보원에 우편으로 제출하면 됩니다. 동 구비서류 외 다른 확인서(진단서, 소견서, 산모수첩 등)로는 신청할 수 없으며, 신청서 작성 시 반드시 본인 명의로 신청하여야 합니다.

Q03 대리신청이 가능한가요?

A 원칙적으로 임신부 본인이 신청해야 합니다. 다만, 고위험임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 등록 신청하기 어려운 경우에는 가족 신청도 가능

* 청소년산모가 본인 또는 가족 휴대폰 인증 문제 등으로 온라인 신청이 불가하여 미혼모자시설, 권역별 미혼모·부자지원기관, 보건소에 신청할 경우 해당 기관에서는 본인 확인 후 제출 서류를 받아서 공문으로 사회보장정보원에 송부(이 경우 사회보장정보원에서 접수 등록하므로 해당 기관이나 청소년산모는 온라인 접수를 하지 않음)

Q04 '청소년산모 임신출산 의료비 지원' 사용 가능 기간은?

A 임신부 본인이 '국민행복카드'를 수령 받은 일자(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)로부터 당초 구비서류로 제출했던 '임신확인서'에 기재된 분만예정일 +1년까지 사용 가능합니다. 사용 가능기간이 지나면 지원금잔액은 자동적으로 소멸되어 사용할 수 없게 됩니다.

Q05 임신·출산과 관련된 모든 진료에 사용할 수 있나요?

A 지원액 120만원 범위 내에서 임신과 출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 의료비(산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 분만, 산후진료 등)와 영유아가 요양기관에서 진료 받은 급여 또는 비급여 의료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담금에 대하여 사용할 수 있습니다.

Q06 카드 신청 후 발급에서 수령까지의 절차는 어떻게 되나요?

A 접수시점은 신청자가 우편으로 송부한 구비서류를 사회보장정보원에서 받은 일자이며, 구비 서류가 모두 맞으면, 임신부가 기재한 연락처로 카드발급 상담전화를 합니다.

카드 상담을 거친 후 10일 이내에 임신부가 지정한 각 은행 영업점 방문 또는 인편으로 카드를 발송하면서 신청자 휴대폰번호로 안내 메세지를 발송합니다.

신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등), 주민등록등본을 제시하여 본인확인 과정을 거친 후 수령합니다. 단, 20일 이내에 수령하지 않으면 동 카드를 폐기할 수 있으므로 반드시 발송 안내 확인 후 20일 이내에 수령하여야 합니다.

Q07 ‘임신확인서’는 어디서 발급 받나요?

A ‘임신확인서’는 병·의원에서 발급 받을 수 있습니다. ‘임신확인서’상의 임신확인일은 의료기관 의사로부터 임신확인 받은 날을 의미합니다.
임신확인서 양식은 사회서비스 전자바우처에서 다운로드하여 사용하시면 됩니다.

Q08 1일 또는 1회 사용금액에 제한이 있습니까?

A 사용금액에 대한 제한은 없습니다.

Q09 임신 횟수에 따라 청소년산모 임신·출산 의료비지원 혜택에 제한이 있나요?

A 임신 횟수에 따른 제한은 없으며, 1회 임신시마다 120만원 이내 지원됩니다.

Q10 유산·조산 이후에도 혜택을 받을 수 있나요?

A 산모와 태아의 건강증진이 목적이므로 유산, 조산 전후 발생한 비용에도 사용 가능합니다. 다만, 유산 등으로 임신이 조기에 종료된 경우에는 유산이 확인된 날로부터 1년 이내에 사회보장정보원에 사용중지 신고를 해야 합니다.

* 사용중지 신고전화 : 1566-0133(사회보장정보원 콜센터)

Q11 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있나요?

A 국민건강보험이 가입된 만 18세 이하 산모는 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있습니다.

또한, 동시에 신청한 경우 총 지원가능 금액은 합산되어 영수증에 표기됩니다. 예를 들어, 두 가지 신청이 완료된 사람은 단태아 임신부는 총 180만원의 지원금을 사용하실 수 있습니다.

Q12 출산을 한 이후에도 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'을 신청할 수 있나요?

A 출산(유·사산 포함)을 한 이후라도 지원기간(출산일부터 1년까지) 이내라면 신청이 가능하며, 제출서류(출산을 확인할 수 있는 서류, 주민등록등본, 본인확인을 위한 신분증 사본)를 구비하여 보건소로 신청하여야 합니다.

* 해당 보건소에서는 사회보장정보원으로 공문 신청 후 제출서류는 우편 송부

Q13 '국민행복카드' 수령전이나 카드 미지참시, 사후 카드 결제를 할 수 있나요?

A '청소년산모 임신·출산 의료비 지원' 사용 가능일자는 카드수령일 기준이므로 본인이 카드수령 전에 의료비를 납부하고 차후 소급해서 카드로 결제 할 수는 없습니다.

또한 청소년산모 임신·출산 의료비 결제는 카드 미지참시에는 지원금에 대한 혜택을 받을 수 없습니다.

Q14 카드 결제 후, 취소나 변경절차는 어떻게 되나요?

A 카드 결제 후 취소는 카드단말기를 통하여 취소 승인거래를 하면 됩니다. 변경 시에도 먼저 취소 승인을 하고 정당한 카드결제를 하여야 합니다. 즉, 일반카드 처리절차와 동일하며, 부분취소는 안됩니다.

Q15 카드를 훼손하거나 분실하여 이용할 수 없는 경우에는 어떻게 해야 하나요?

A BC카드, 롯데카드, 삼성카드 대표전화로 전화 신고하거나 지점을 방문하여 서면으로 신고 후 재발급 받아 사용해야 됩니다.

단, 분실 사실을 미신고하여 타인이 사용한 경우 나머지 차액만 입금하므로 분실 시에는 즉시 신고하기 바랍니다.

Q16 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원' 사용 가능액(잔액)을 확인할 수 있나요?

A 임신부 본인의 지원금 잔액 및 사용내역 확인이 필요한 경우 사회서비스 전자바우처 홈페이지 확인 및 카드사에 유선통화 후 파악할 수 있습니다.

참고로, 의료기관에서 지원금 결제가 이루어진 경우, 영수증(매입전표)에도 잔액 확인이 가능합니다.

Q17 ‘국민행복카드’는 어떤 카드 인가요?

A 청소년산모 임신·출산 의료비지원에 사용하는 ‘국민행복카드’는 사용자 본인 체크카드 또는 전용카드입니다. 카드 사용방법이 비정상(타인 사용 등)적일 경우 사용자의 의사와 관계없이 보건소 요청으로 즉시 사용이 중지될 수 있습니다.

또한, 할부로 결제되지 않으며 국외지역 사용이 불가능한 국내전용 카드입니다. 카드결제 체크계좌는 본인 계좌이며, 사용자가 부담하는 카드연회비와 수수료는 없습니다.

Q18 보건소 담당자가 “국민행복카드”로 이용한 내역을 어떻게 확인할 수 있나요?

A 국가바우처 운영관리시스템에서 카드별로 카드승인내역을 조회할 수 있습니다.

Q19 분만비에는 분만 후 병실 이용료도 포함되는지?

A 분만 후 의료기관에 입원한 병실 이용료도 포함합니다. 병실 이용 기간이나 1인실 또는 다인실의 제한은 없습니다.

Q20 청소년산모 임신·출산의료비는 외국인에게 지원 가능한가요?

A 외국인은 지원이 불가합니다.

Q21 한방의료기관에서 청소년산모 임신·출산의료비 지원을 받을 수 있는 범위는 어디까지 인지요?

A

한방의료기관(한의원, 한방병원)에서는 산모가 임신오저(O21 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신중 출혈, O60.0, 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7)에 한해 지원됩니다.

아울러, 첩약, 보약 등 진료(치료) 목적과 무관한 비용을 결제한 경우, 해당 비용은 부정수급으로 간주하여 결제한 의료기관 및 이용자에게 부정수급 결제한 비용만큼 환수처분을 받게 되니 유의 바랍니다.

별지 서식

(서식 제1호) (앞 쪽)

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서

①성 명 (임신부)		②주민등록번호	
③연락처	(자택)	(핸드폰)	
④주 소			

※ 요양기관 확인란(임신확인서)

⑤ 임신확인일	년 월 일
⑥ 분만예정일	년 월 일

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

년 월 일

⑦ 요양기관명(기호) : ( )

⑧ 담당의사 (면허번호) : ( )(서명 또는 인)

위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.

년 월 일

⑨신청인(대리인) 성명 : (서명 또는 인)

⑩신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	"신청인 제출서류" 참조	수수료 없음

신청인의 범위	○ 수급권자 본인 ○ 민법 제779조에 따른 가족
신청인 제출서류	○ 수급권자(임신부) 본인 신청시 제출서류 - "청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서"(이하 '임신확인서'라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 "주민등록등본" ○ 대리인 신청시 제출서류 - "청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서"(이하 '임신확인서'라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 "주민등록등본" - 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조) - 임신부와의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)
결제 가능한 서비스 이용 기준	○ 임산부가 임신 및 출산 관련 산부인과 진료로서 산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 산후진료 등 ○ 출생일로부터 1년 이내 영유아의 요양기관 진료 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입 ○ 한의원 또는 한방병원의 경우 임신오저(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 첩약(보약)은 결제 불가 ○ 불법 인공임신중절 시술비에는 사용 불가 ○ 이용범위를 벗어나 부정사용할 경우 환수 조치 및 서비스 대상자 자격 박탈

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

(뒤 쪽)

⑪개인정보 수집 및 이용 동의서

■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

○ 항 목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역

○ 수집·이용 목적

- 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
- 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
- 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템) 연계 업무
- 그 외 국가바우처 운영관리시스템 운영 및 관리에 관한 업무
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ 개인정보 제3자 제공 안내

○ 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
* 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침

○ 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

○ 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)

○ 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.
다만, 본 서식은 신청 접수일부터 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

○ 개인정보 처리에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음
○ 제3자 제공에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음
○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

○ 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

○ 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의합니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·사회보장정보원 귀하

※임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함

법정대리인 : (서명 또는 인) 연락처 :

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

① : 성명(임신부)의 성명을 한글로 기재합니다.

② : 주민등록번호를 기재합니다.

③ : **본인명의 휴대전화가 있는 경우에 반드시 기재**해야 됩니다.
휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.

④ : **반드시 주민등록등본 상 주소를 작성**합니다.

⑤ ~ ⑧ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.

⑨ 반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.
- 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재
- 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재

⑩ 대리인이 신청한 경우에만 기재
(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등

⑪ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망

⑫ 우편송부처 : (04554) **서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 사회보장정보원 바우처본부 청소년산모 담당자**

(서식 제2호) (앞 쪽)

청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경신고서

수진자 (임신부)	①성명	②주민등록번호
		-
③전화번호	자택 :	휴대전화(□ SKT □ LGU+ □ KT) :

변 경 사 항

변경항목	변경 전	변경 후
□ ④임신확인일		
□ ⑤분만예정일		

※ 요양기관 확인란(임신확인서)

⑥임신확인일	년 월 일
⑦분만예정일	년 월 일

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

년 월 일

⑧요양기관명(기호) : ( )

⑨담당의사 (면허번호) : ( )(서명 또는 인)

위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.

년 월 일

⑩신청인(대리인) 성명 : (서명 또는 인)

⑪신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부장관 귀하

구비서류 : 수진자(임신부)와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한합니다.)
- 주민등록표등본, 가족관계증명서 등

비고 : 1. 변경사항 신고 시 임신확인서를 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능합니다.
2. 성명 개명, 주민등록번호 정정 등 단순 인적사항만 변경된 경우는 동 지원 신청 변경 신고대상이 아닙니다.

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

(뒤 쪽)

⑫개인정보 수집 및 이용 동의서

■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

○ 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역

○ 수집·이용 목적

- 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
- 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
- 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템)와 연계 등 국가바우처 시스템 운영에 관한 업무
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ 개인정보 제3자 제공 안내

○ 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공

* 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침

○ 온라인신청 시 본인인증을 위해 해당 통신사에 성명, 성별, 생년월일, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

○ 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)

○ 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.
다만, 본 서식은 신청 접수일부터 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

○ 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

○ 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

○ 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

○ 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의합니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 ·사회보장정보원 귀하

※임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함

법정대리인 : (서명 또는 인) 연락처 :

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

① : 성명(임신부)의 성명을 한글로 기재합니다.

② : 주민등록번호를 기재합니다.

③ : **본인명의 휴대전화가 있는 경우에 반드시 기재**해야 됩니다.
휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.

④ ~ ⑨ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.

⑩ **반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.**
- 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재
- 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재

⑪ 대리인이 신청한 경우에만 기재
(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등

⑫ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망

⑬ 우편송부처 : (04554) **서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 17층 사회보장정보원 바우처본부 청소년산모 담당자**

(서식 제3호)

위 임 장

위임인(위임하는 사람)

성 명 :

생 년 월 일 :

주 소 :

전 화 번 호 :

대리인(위임받는 사람)

성 명 :

생 년 월 일 :

주 소 :

전 화 번 호 :

위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 청소년산모 임신·출산 의료비 서비스 신청에 관련한 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※「주민등록법」 제37조제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20 년 월 일

위 임 인 : (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

청소년산모(임신부) 신청 매뉴얼

청소년산모 임신·출산 의료비 지원 바우처 신청 및 이용절차

단 계	업무주체	내 용
임신확인	서비스신청자	● 요양기관에서 “청소년산모 임신·출산 진료비 지원 신청 및 임신확인서”를 발급
서비스 온라인 신청	서비스 신청자	● 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에 접속하여 청소년산모 임신·출산의료비 사업을 선택하여 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 국민행복카드(체크카드 또는 전용 카드) 신청 - 구비서류(임신확인서 및 주민등록등본 등)는 우편 송부 - 우편접수처 : 사회보장정보원 바우처사업본부 바우처기획부 청소년산모 업무지원 담당부서
서비스 자격결정	사회보장 정보원	● 신청내역 및 구비서류에 대해 접수 및 상담(전화) 후 자격결정 및 카드신청 정보 송신
카드 발급	카드사	● 카드발급 상담(전화) 및 카드발급 ※ 카드가입신청서 및 개인정보활용동의서 유선 상담
카드 수령	서비스 이용자	● 국민행복카드 확인 후 본인서명 ※ 카드가입신청서 별도 작성 본인 서명 필요
바우처 사용	서비스 이용자	● 청소년산모 임신·출산 의료비지원 지정 요양기관에서 사용 - 사용범위 : 1회 임신으로 120만원 범위 내 ※ 카드 수령 후~분만예정일＋1년까지 사용 가능

전자 바우처 포탈 서비스 지원 신청

● 사회서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에 접속하여 청소년산모 임신·출산의료비 지원 신청을 진행합니다.

1. 지원사업 확인

■ 초기 화면 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 이미지 또는, 사업별 소개 메뉴의 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 선택합니다.

① “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 이미지를 선택합니다.

② 또는, 사업별 소개의 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 메뉴를 선택합니다.

③ 청소년산모 임신·출산의료비 지원 사업 소개 내용을 확인 합니다.

2. 서류 양식 다운로드

■ 서비스 지원에 필요한 서류 양식을 다운로드 합니다.

사업별소개

- 노인돌봄종합서비스
- 장애인활동지원서비스
- 산모/신생아건강관리지원사업
- 지역사회서비스투자사업
- 가사간병방문지원사업
- 장애아동가족지원사업
- 발달장애인지원사업
- 임신출산진료비지원제도
- 청소년산모임신출산의료비 지원사업
- 기저귀/조제분유지원사업
- 아이돌봄지원사업
- 에너지바우처사업

사회서비스 전자바우처 주요사업을 소개합니다

사업별소개 > 청소년산모임신출산의료비 지원사업

청소년산모 임신출산의료비 지원사업

청소년 산모에게 건강한 태아 분만과 산모의 건강관리를 위하여 임신출산 관련 의료비 일부를 지원합니다.

QUICK MENU: 사업별소개 / 서비스 유형별검색 / 제공기관검색 / 관해점검색 / TOP

사업목적

- 산전관리가 취약한 청소년산모에게 임신·출산 의료비를 지원함으로써 산모와 태아의 건강증진을 도모함

지원대상

- '임신확인서'상 임신확인일 기준 만 18세 이하 산모
  - 소득재산 기준 없음

지원범위

- 산부인과 병·의원, 한의원, 조산원에서 임신 및 출산 관련하여 진료 받은 급여 또는 비급여 의료비(초음파 검사 등) 중 본인부담 의료비
- 출생일로부터 1년 이내의 영유아가 요양기관에서 진료받은 급여 또는 비급여 의료비 및 처방에 의한 약제 의료비

지원금액

- 임신 1회 당 120만원
- 사용기간 내 미 사용된 지원금은 분만예정일 1년 이후 자동소멸

사용기간

- 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일 이후 1년까지

사용방법

- 전국 요양기관에서 국민행복카드로 결제

신청방법

- **신청권자**
  - 청소년산모 본인
  - 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 본인명의 핸드폰 미소유, 고위험 임신 등 불가피한 사유로 본인이 신청하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 가능
  - 본인 또는 가족이 본인인증을 위한 휴대폰을 미소지한 경우에는 가까운 보건소에 문의

- **신청 접수처** : 온라인신청(화면 하단의 '온라인신청' 클릭)
  방문신청(보건소, 미혼모자시설 등)

- **제출서류**
  - **청소년산모 본인이 신청하는 경우**
    ① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 (화면 하단의 '임신확인서 다운로드')
    ※ 요양기관에서 임신확인 받은 후 제출
    ※ 청소년산모 대상자가 만 14세 미만인 경우에는 '임신확인서' 뒷면 맨 하단에 있는 "법정대리인"란에 반드시 동의 서명 후 제출
    ② 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부
    ※ 발급일로부터 3개월 이내 제출분만 인정되므로, 가능한 최근 발급한 '주민등록등본' 제출
  - **청소년산모의 가족이 대리 신청하는 경우**
    ① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 (화면 하단의 '임신확인서 다운로드')
    ② 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부
    ③ '위임장' 1부 (화면 하단의 '위임장 다운로드')
    ④ 대리신청인의 신분증 사본
    ⑤ 청소년산모와의 가족 관계를 입증할 수 있는 서류 (주민등록등본, 가족관계증명서 등)

- **서류제출 우편송부처**
  - [04554] 서울특별시 중구 퇴계로 173(충무로3가) 남산스퀘어빌딩 사회보장정보원 청소년산모 업무 담당자

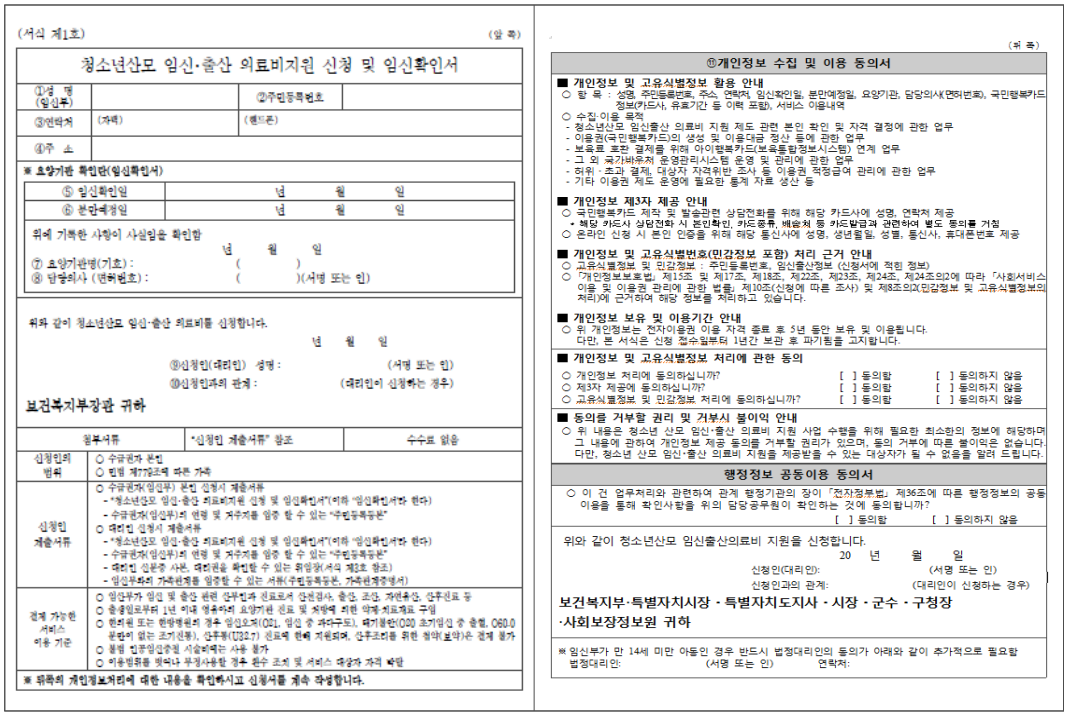
- **신청 및 기타문의**
  - 사회보장정보원 콜센터 : 1566-3232 (4번 사회서비스 선택)
  - 휴대폰인증 장애문의(슈어엡 고객센터) : 1588-4640

임신확인서 다운로드 | 변경양식 다운로드 | 위임장 다운로드

온라인신청 | 신청내역확인

① 서비스 신청을 하는 경우

- 서비스 지원을 받기 위해 “**임신확인서**”를 다운로드한 후 양식 마지막에 있는 “작성요령”을 참고해 신청서를 작성합니다.
- 임신확인란은 요양기관에서 발급을 받아야합니다.



(서식 제1호) (앞 쪽)

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서

①성 명 (임신부)		②주민등록번호	
③연락처	(자택)	(핸드폰)	
④주 소			

※ 요양기관 확인란(임신확인서)

⑤ 임신확인일	년 월 일
⑥ 분만예정일	년 월 일

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

년 월 일

⑦ 요양기관명(기호) : ( )

⑧ 담당의사 (면허번호) : ( )(서명 또는 인)

위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.

년 월 일

⑨신청인(대리인) 성명 : (서명 또는 인)

⑩신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	“신청인 제출서류” 참조	수수료 없음
신청인의 범위	○ 수급권자 본인 ○ 민법 제7장조에 따른 가족	
신청인 제출서류	○ 수급권자(임신부) 본인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 “임신확인서”라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” ○ 대리인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 “임신확인서”라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” - 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조) - 임신부와의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)	
결제 가능한 서비스 이용 기관	○ 임신부가 임신 및 출산 관련 산부인과 진료로서 산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 산후진료 등 ○ 출생일로부터 1년 이내 영유아의 요양기관 진료 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입 ○ 한의원 또는 한방병원의 경우 임신오계(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 첨약(보약)은 결제 불가 ○ 불법 인공임신중절 시술비에는 사용 불가 ○ 이용범위를 벗어나 부정사용할 경우 환수 조치 및 서비스 대상자 자격 박탈	

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

(위 쪽)

⑪개인정보 수집 및 이용 동의서

■ **개인정보 및 고유식별정보 활용 안내**

○ 항 목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보(카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역

○ 수집·이용 목적
- 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
- 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
- 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템) 연계 업무
- 그 외 국가바우처 운영관리시스템 운영 및 관리에 관한 업무
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ **개인정보 제3자 제공 안내**

○ 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
- 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침

○ 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ **개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내**

○ 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)

○ 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ **개인정보 보유 및 이용기간 안내**

○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.
다만, 본 서식은 신청 접수일부터 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ **개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의**

○ 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

○ 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

■ **동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내**

○ 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다.
다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

○ 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의합니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인): (서명 또는 인)

신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 ·사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함

법정대리인: (서명 또는 인) 연락처:

※ 요양기관기호, 면허번호 등 관련정보 반드시 기재, 개인정보 이용 동의서에 동의 및 서명합니다.

※ 임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 신청서식 하단에 법정대리인 동의(서명)를 별도로 구하여 제출해야 합니다.

※ 성명변경, 주민번호 정정 신청은 카드사에 별도 신청합니다.

② 임신확인일, 분만예정일을 변경신청 하는 경우

- 제출한 임신확인서를 변경하기 위해서는 “**변경양식**”을 다운로드하여 양식 마지막에 있는 “작성요령”을 참고해서 신청서를 작성합니다.
- ‘요양기관 확인란’은 요양기관에서 발급받아야합니다.

(서식 제2호) (앞 쪽)

청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경신고서

수진자 (임신부)	①성명	②주민등록번호
		-
③전화번호	자택 :	휴대전화(□ SKT □ LGU+ □ KT) :

변 경 사 항

변경항목	변경 전	변경 후
□ ④임신확인일		
□ ⑤분만예정일		

※ 요양기관 확인란(임신확인서)

⑥임신확인일	년 월 일
⑦분만예정일	년 월 일

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 년 월 일

⑧요양기관명(기호) : ( )

⑨담당의사 (면허번호) : ( )(서명 또는 인)

위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.

년 월 일

⑩신청인(대리인) 성명: (서명 또는 인)

⑪신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부장관 귀하

구비서류 : 수진자(임신부)와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한합니다.)
- 주민등록표등본, 가족관계증명서 등

비고 : 1. 변경사항 신고 시 임신확인서를 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능합니다.
2. 성명 개명, 주민등록번호 정정 등 단순 인적사항만 변경된 경우는 본 지원 신청 변경 신고대상이 아닙니다.

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

(뒷 쪽)

⑫개인정보 수집 및 이용 동의서

■ **개인정보 및 고유식별정보 활용 안내**
○ 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보(카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역
○ 수집·이용 목적
- 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
- 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
- 보육료 포함 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템)와 연계 등 국가바우처 시스템 운영에 관한 업무
- 허위·초과 결제 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ **개인정보 제3자 제공 안내**
○ 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
• 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침
○ 온라인신청 시 본인인증을 위해 해당 통신사에 성명, 성별, 생년월일, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ **개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내**
○ 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)
○ 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ **개인정보 보유 및 이용기간 안내**
○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.
다만, 본 서식은 신청 접수일부터 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ **개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의**
○ 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
○ 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

■ **동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내**
○ 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

○ 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의합니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인): (서명 또는 인)

신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 ·사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함
법정대리인: (서명 또는 인) 연락처:

※ 요양기관기호, 면허번호 등 관련정보 반드시 기재, 개인정보 이용 동의서에 동의 및 서명합니다.
※ 임신부가 만 14세 미만 아동인 경우 신청서식 하단에 법정대리인 동의(서명)를 별도로 구하여 제출해야 합니다.
※ 성명변경, 주민번호 정정 신청은 카드사에 별도 신청합니다.

③ 대리신청 하는 경우

- 대리 신청이 필요한 경우 **"위임장 다운로드"**를 하여 위임인 및 대리인 정보를 작성합니다.

※ 임신부 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 신청 하기 어려운 경우 위임장을 가지고 가족이 대리 신청을 할 수 있습니다.

※ 가족 대리 신청의 경우 반드시 **대리인 신분증 사본**과 위임인관의 관계를 입증할 수 있는 서류(**주민등록등본, 가족관계증명서** 등)를 추가 제출해야 합니다.

(서식 제3호)

위 임 장

위임인(위임하는 사람)
성 명 :
생년월일 :
주 소 :
전화번호 :

대리인(위임받는 사람)
성 명 :
생년월일 :
주 소 :
전화번호 :
위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 청소년산모 임신·출산 의료비 서비스 신청에 관련한 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

* 「주민등록법」 제37조제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20 년 월 일

위임인 : (서명 또는 인)

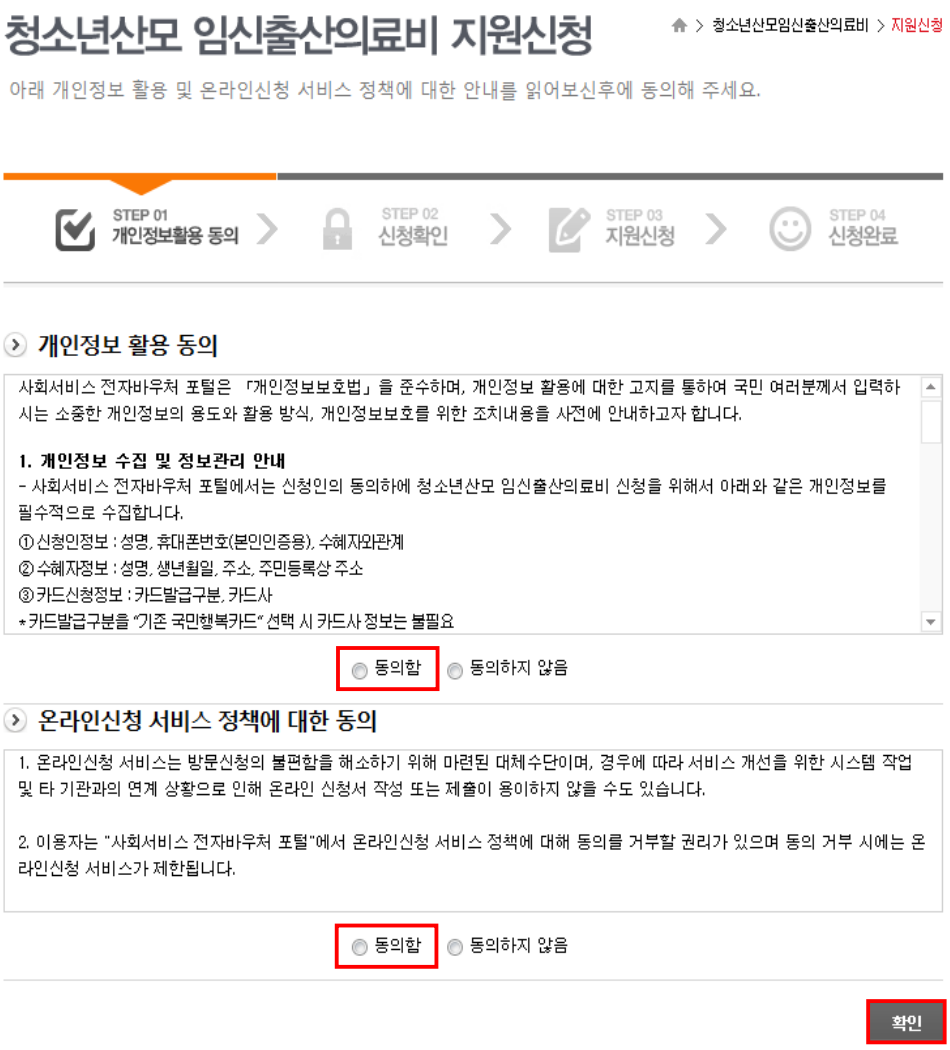
3. 서비스 지원 신청

■ 서비스 온라인 신청은 **개인정보 활용 동의 〉 신청확인 〉 지원신청 〉 신청완료** 단계로 신청을 합니다.

① “온라인신청” 버튼을 눌러 신청을 진행합니다.

② 개인정보 활용 동의 등에 대한 동의

- '개인정보 활용에 대한 안내' 및 '온라인신청 서비스 정책에 대한 안내'를 확인하여 동의한 후, "**확인**" 버튼을 누릅니다.

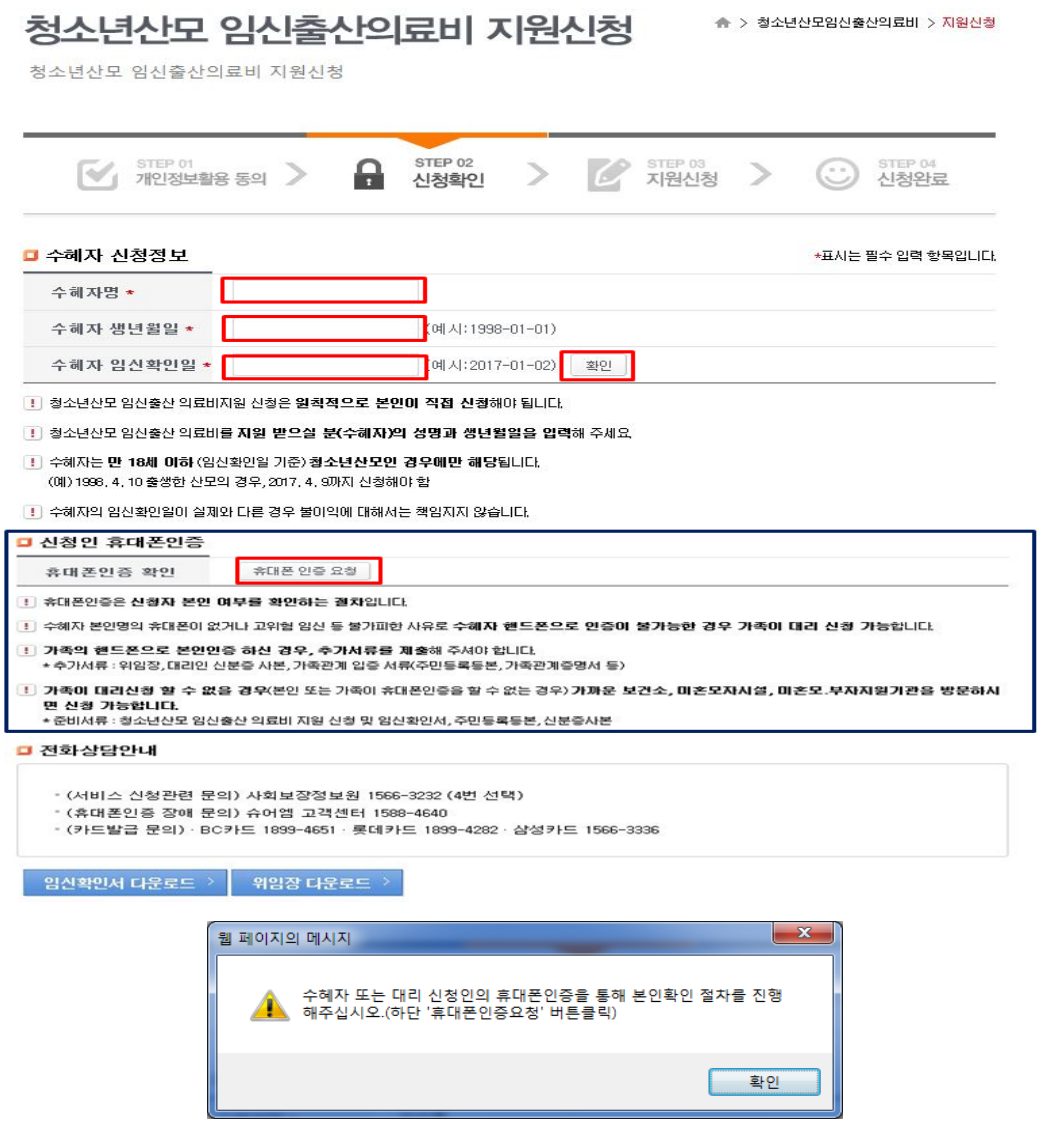


③ 신청 확인(본인 인증)

- 수혜자의 이름과 수혜자의 생년월일을 입력하여 확인 후, 신청자가 수혜자 본인인 경우, 본인의 휴대폰 번호로 인증을 수행합니다.

※ 임신부 본인이 인정하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 인증하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 및 인증 가능합니다.

※ 수혜자는 청소년산모 임신출산의료비 서비스 지원대상자입니다.



④ 신청정보 입력(지원신청)

- 수혜자의 휴대폰번호, 주민등록상 주소, 수혜자와 신청자의 관계, 수혜자의 카드발급 구분, 카드사를 입력합니다.

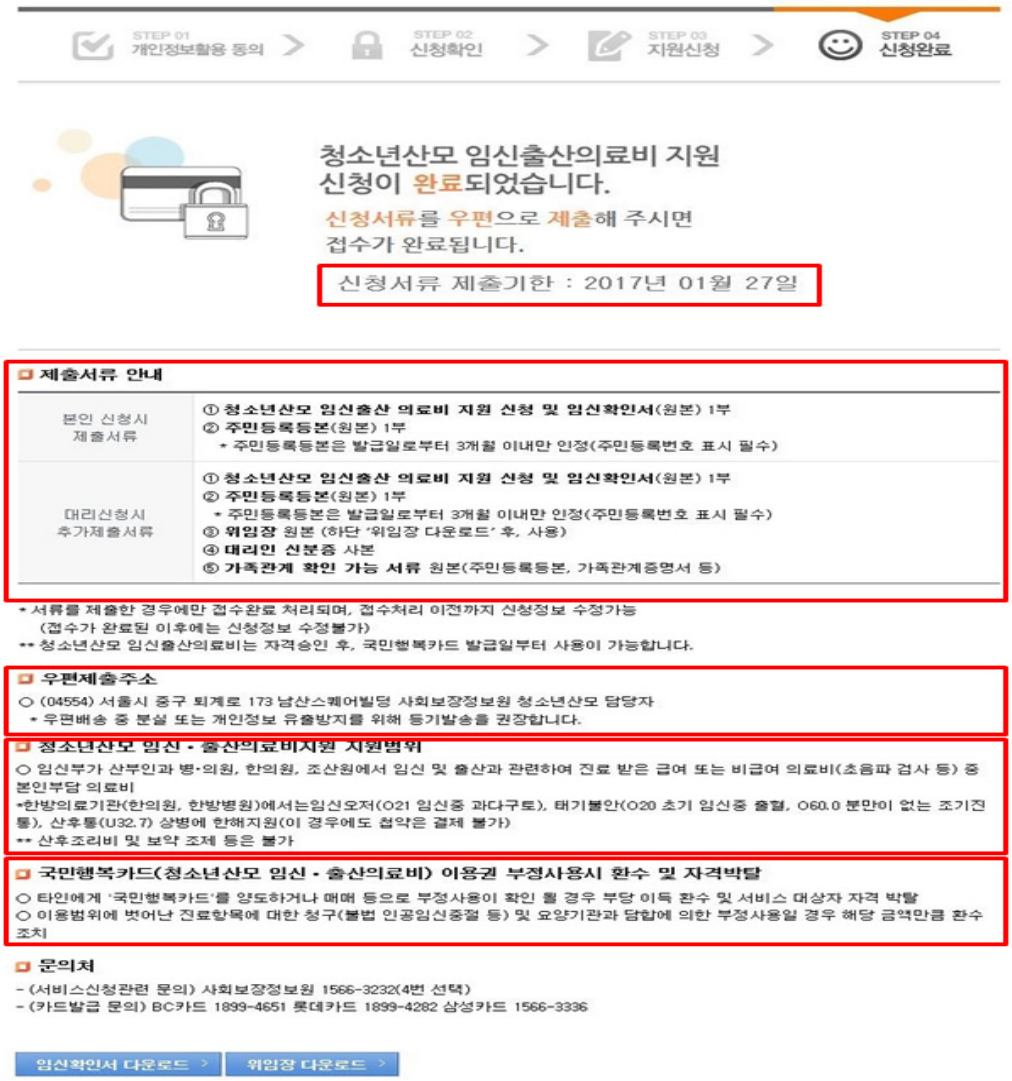
※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화 기재 필수)입니다.

※ 카드발급은 신규 또는 기존 국민행복카드로 신청이 가능하며, 기존 카드일 경우에는 기존에 발급된 카드사에서 카드 사용이 가능합니다.

- 신청정보를 확인하고 "**신청**" 버튼을 누릅니다.

⑤ 신청 완료

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청이 완료되었음을 확인하고 임신확인서 등 관련 구비서류를 제출기한까지 우편 송부합니다.



※ 온라인신청 이후 절차

- 사회보장정보원 : 구비서류 접수 확인 후 대상자 자격 결정
- 금융기관(카드사) : 카드발급관련 상담 및 안내
- 서비스 이용자 : 카드수령 후 서비스 이용

4. 서비스 신청내역 변경

■ 서비스 신청내역을 '변경' 또는 '재신청'하는 경우 **신청내역확인 〉 본인인증 〉 변경정보 입력 〉 신청완료** 단계로 진행합니다.

① "신청내역확인" 버튼을 눌러 서비스 신청 내역 변경을 진행합니다.

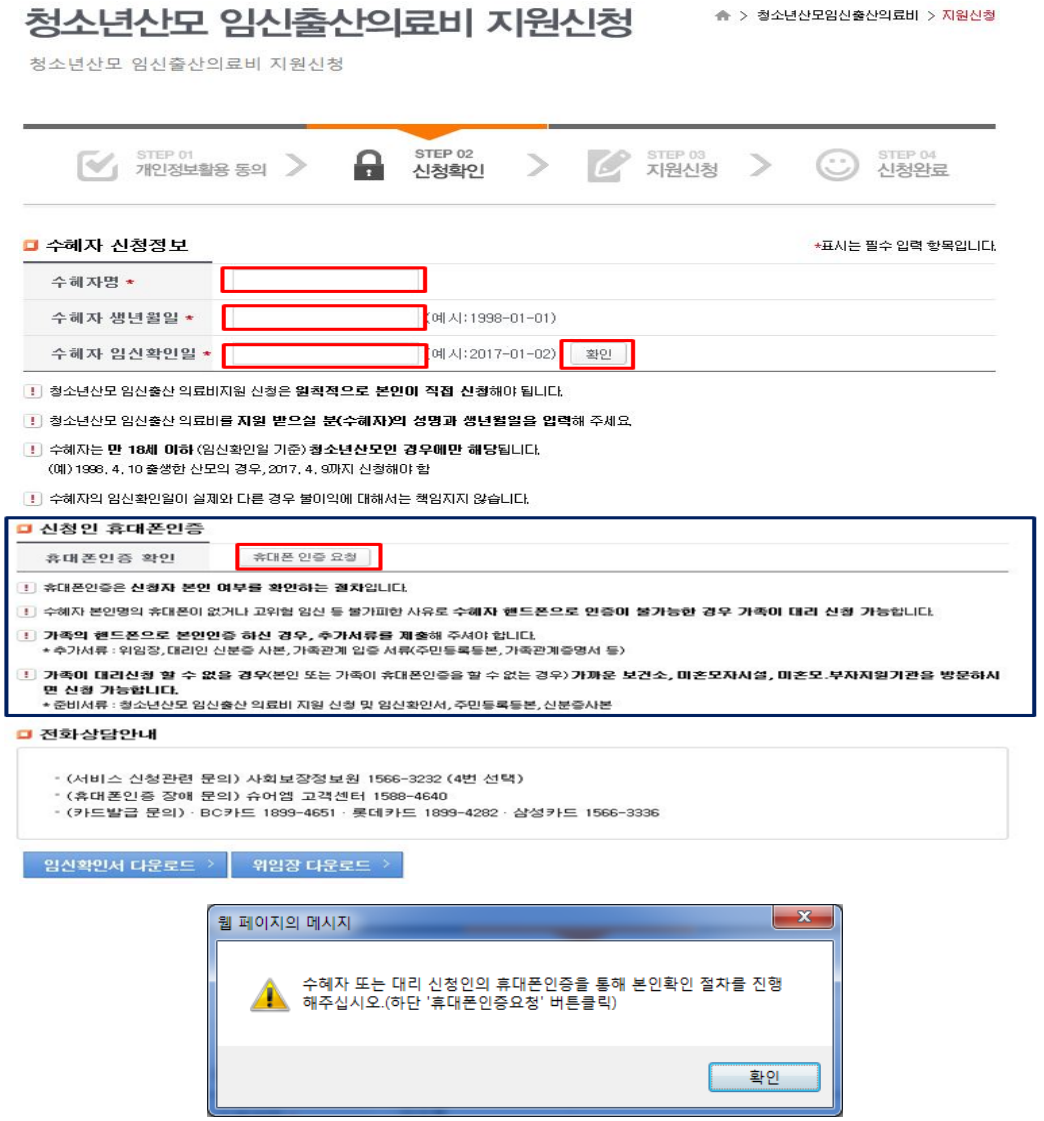
※ 개인정보 활용 동의 없이 신청확인(본인인증)화면으로 이동 합니다.

② 신청 내역 확인을 위한 휴대폰 인증

- 수혜자의 이름과 수혜자의 생년월일, 임신확인일을 입력하여 확인 후, 신청자가 수혜자 본인인 경우, 본인의 휴대폰 번호로 인증을 수행합니다.

※ 임신부 본인이 인정하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 인증하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 및 인증 가능합니다.

※ 수혜자는 청소년산모 임신출산의료비 서비스 지원대상자입니다.



③ 신청정보 입력 수정완료

- 처리상태가 “신청완료” 임을 확인 후 변경할 정보를 입력합니다.

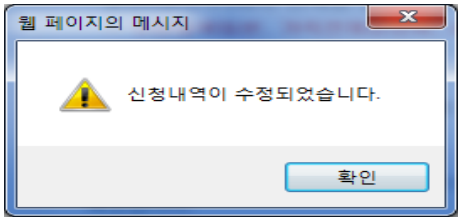
※ 처리상태가 접수, 승인, 거절인 경우 수정 및 신청취소는 처리 불가 합니다.

※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화 기재 필수) 입니다.

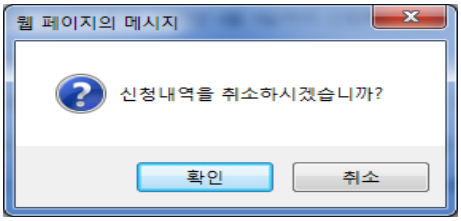
※ 카드발급은 신규 또는 기존 국민행복카드로 신청이 가능하며, 기존 카드일 경우에는 기존에 발급된 카드사에서 카드 사용이 가능합니다.

- 신청정보를 확인하고 “**수정**” 버튼을 눌러 완료합니다.

※ 수정시 알림창



※ 신청취소시 알림창



서비스 이용자 포탈 이용 매뉴얼

전자 바우처 포탈 서비스 내역 확인

- 사회서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr) 접속하여 청소년 산모 임신·출산의료비 서비스 내역을 확인합니다.

1. 회원가입

■ 서비스 내역 확인을 위해 “회원가입”을 진행합니다.

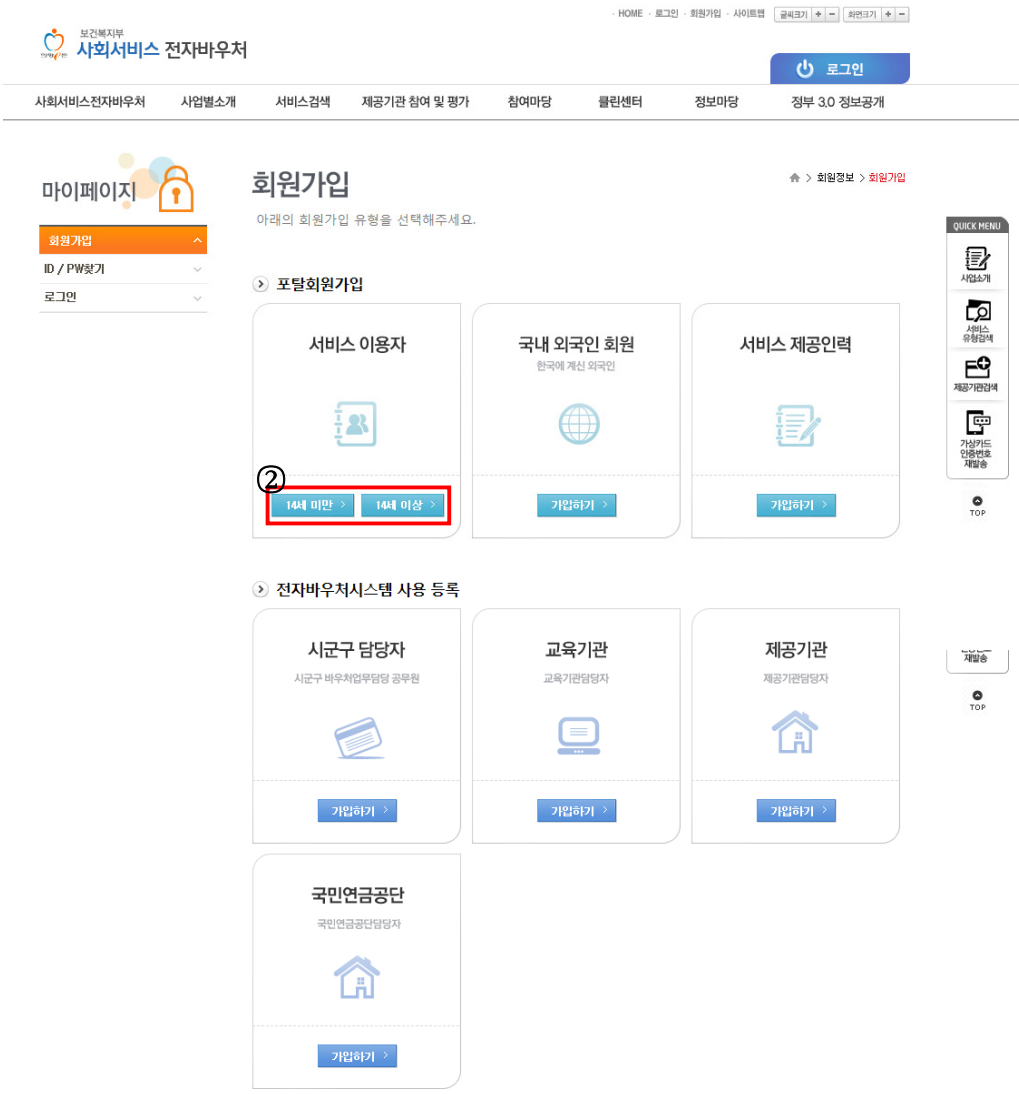
① 회원가입

- 초기 화면에서 “회원가입”을 선택합니다.

② 서비스 이용자 선택

- 회원가입 유형에서 서비스 이용자를 선택합니다.

※ 바우처 서비스 자격이 있는 대상자에 한해 회원가입 가능



③ 약관 동의

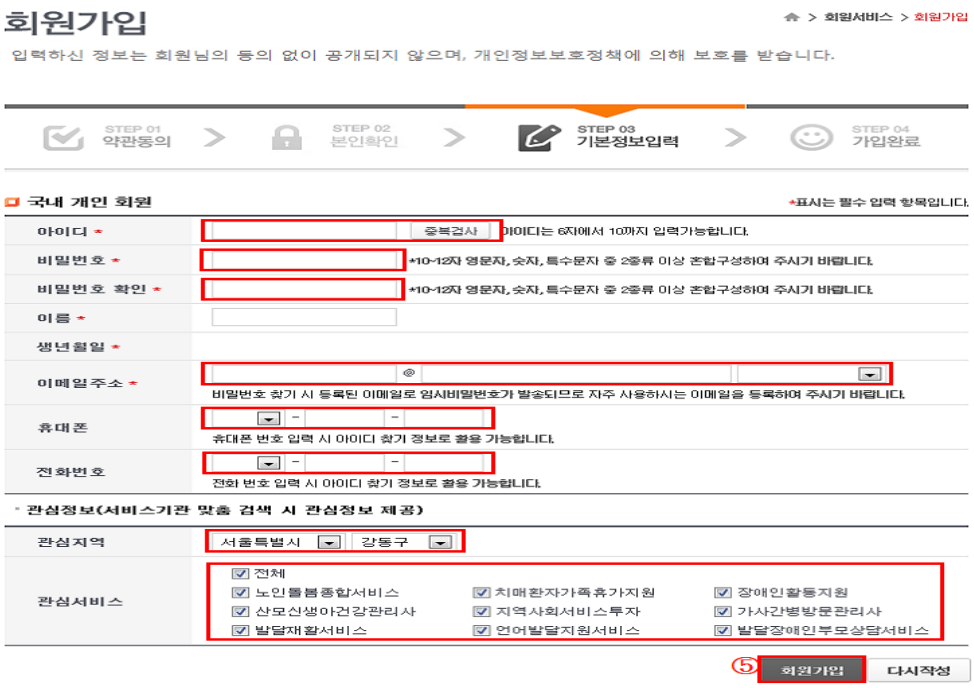
- “개인정보 수집 및 이용에 대한 안내”를 확인하고 “동의함”을 체크하고 다음 단계로 넘어갑니다.

④ 본인확인

- 성명과 주민등록번호를 입력하고 “본인확인”을 누릅니다.

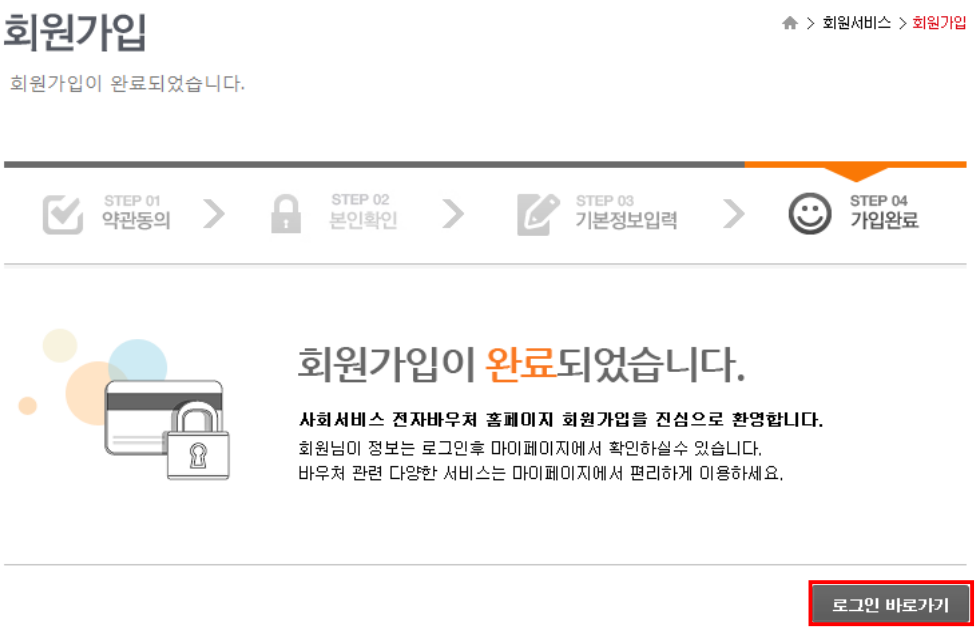
⑤ 기본정보입력

- 아이디와 비밀번호, 이메일주소, 휴대폰, 전화번호, 관심정보를 입력 후 “회원가입” 버튼을 누릅니다.



⑥ 회원가입 완료

- 회원가입이 완료되었음을 확인한 후 “로그인 바로가기” 버튼을 눌러 로그인 화면으로 이동합니다.



⑦ 로그인

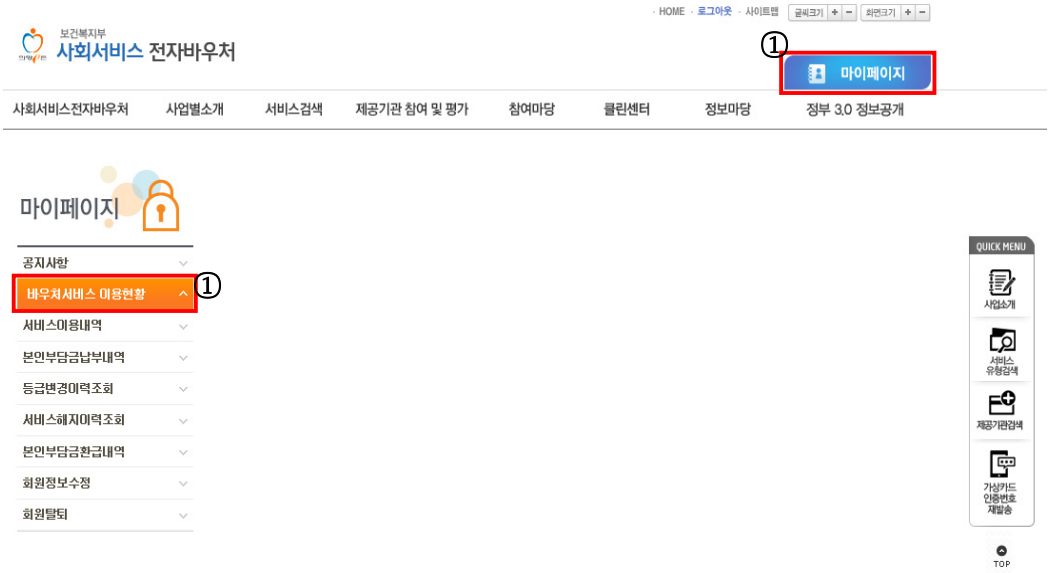
- 아이디와 비밀번호를 입력한 후, “로그인” 버튼을 누릅니다.

2. 바우처서비스 이용현황 조회

■ 신청한 바우처서비스를 확인하기 위해 **'바우처서비스 이용현황'**을 선택합니다.

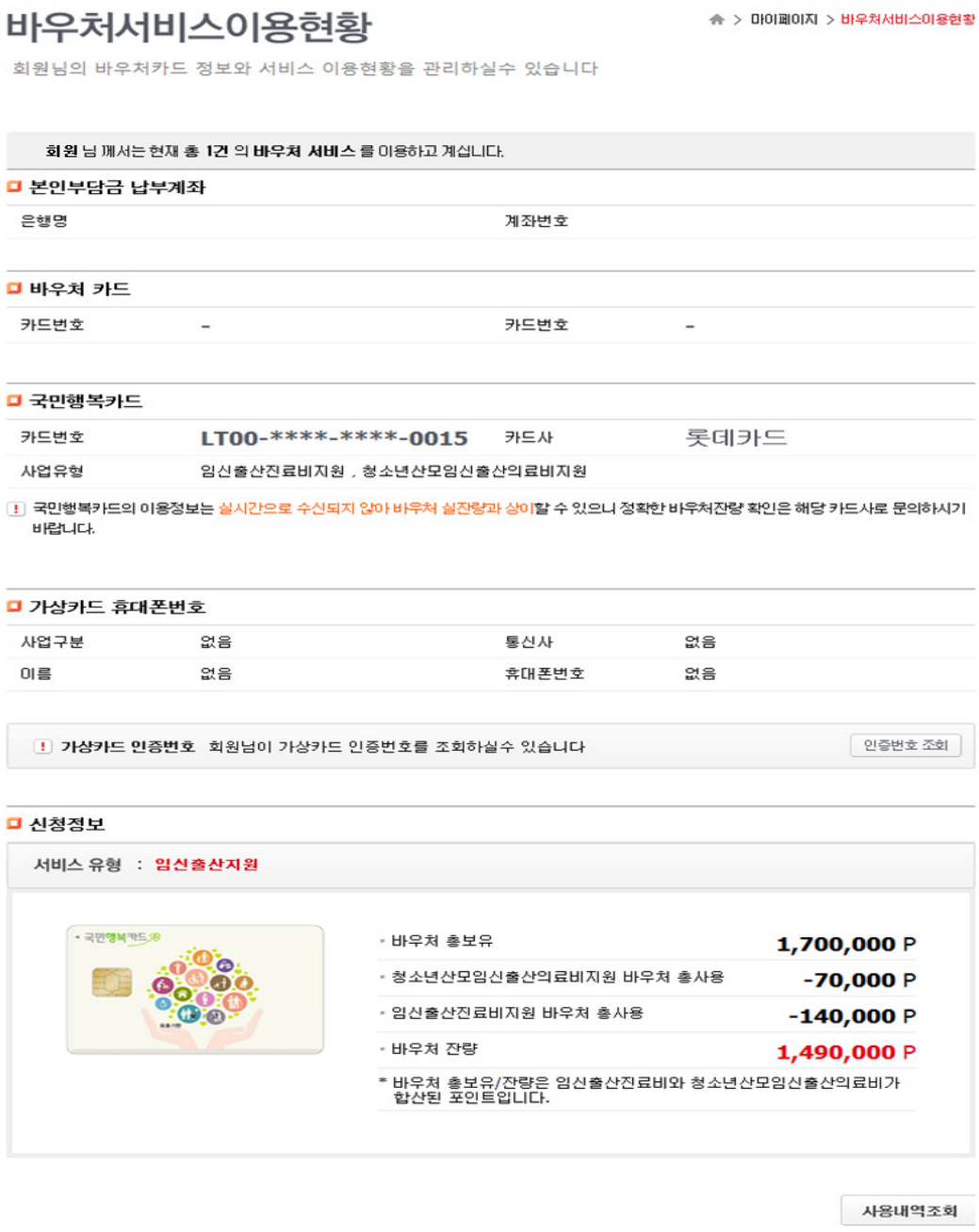
① 마이페이지 > 바우처서비스 이용현황

- 회원가입한 아이디로 로그인한 뒤, "**마이페이지**"에서 "**바우처서비스 이용현황**"을 선택합니다.



② 바우처서비스 이용현황 조회

- 바우처카드(국민행복카드) 정보와 바우처 잔량을 확인할 수 있습니다.

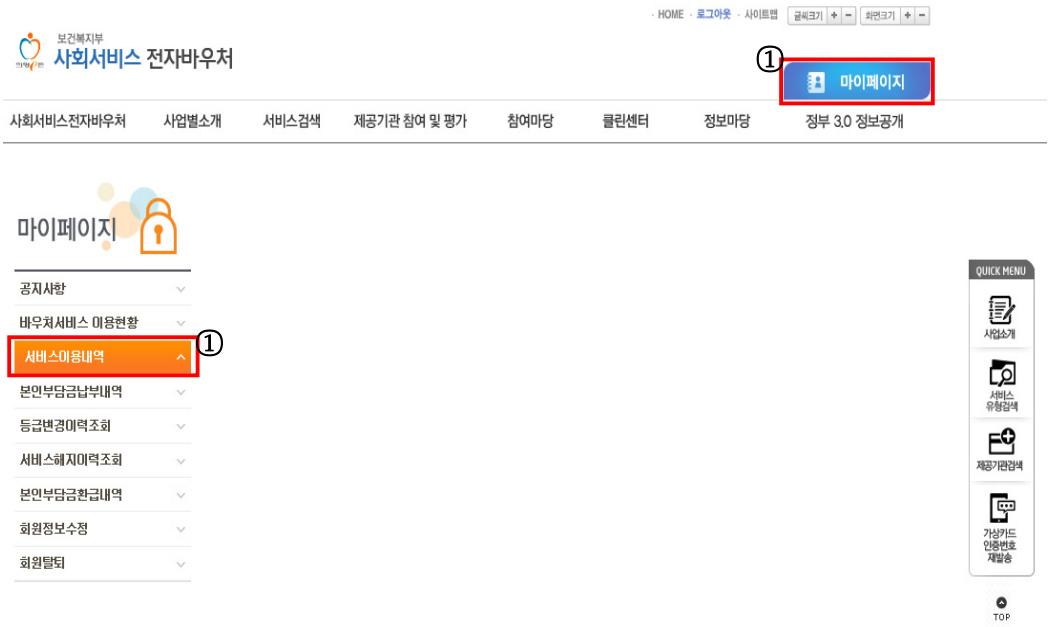


3. 서비스 이용내역 조회

바우처서비스 이용내역을 조회하기 위해 '**서비스 이용내역**'을 선택합니다.

① 마이페이지 > 서비스이용내역

- 회원가입한 아이디로 로그인한 뒤, "**마이페이지**"에서 "**서비스 이용내역**"을 선택합니다.



② 서비스 이용내역 조회

- 결제유형, 결제구분, 승인일자, 사업구분을 선택한 뒤, "**조회**" 버튼을 누르면 서비스별 이용내역을 확인할 수 있습니다.

※ 청소년산모 임신·출산 의료비지원사업의 이용내역을 정확하게 확인하기 위해서는 해당 카드사로 문의하시기 바랍니다.

서비스이용내역

> 마이페이지 > 서비스이용내역

회원님의 서비스 이용내역을 검색 확인하실 수 있습니다

결제유형 전체 결제구분 전체

승인일자 2015-05-01 ~ 2015-06-01 사업구분 전체 ② 조회 엑셀다운로드

결제일시	서비스이용일자		사업구분	서비스유형	승인금액	결제유형	결제구분	반납일자
	시작시간	종료시간						
2015.05.26 10:45:56	2015.05.26		임신출산지원	임신출산진료비지원	60,000	단말기	정상결제	
2015.05.26 10:45:56	2015.05.26		임신출산지원	임신출산진료비지원	80,000	단말기	정상결제	
2015.05.18 16:20:20	2015.05.18		임신출산지원	청소년산모임신출산의료비지원	70,000	단말기	정상결제	

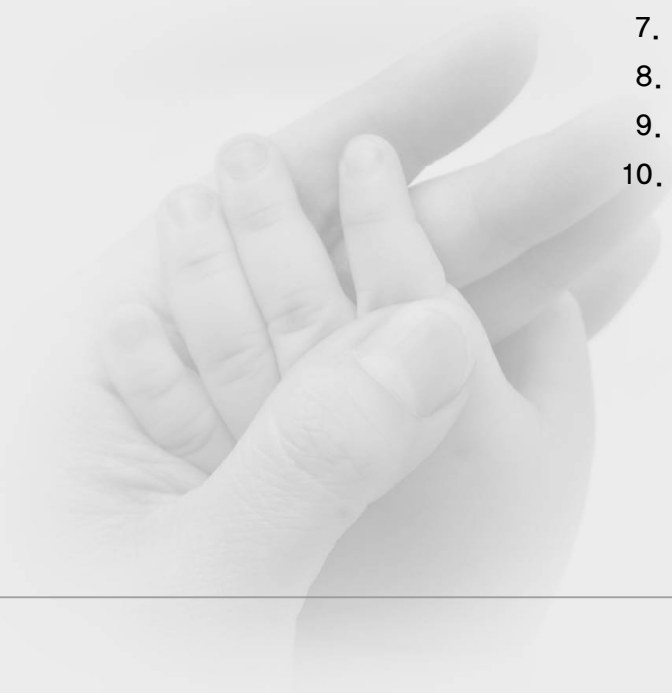
! 이용내역의 조회는 1개월 단위입니다.

! 임신출산진료비지원과 청소년산모임신출산의료비지원 이용내역은 실시간으로 수신되지 않으므로 정확한 이용내역은 해당 카드사로 문의하시기 바랍니다.

1

Ⅳ 난임부부 시술비 지원사업

1. 사업개요
2. 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용
3. 지원대상자 선정
4. 특정난임치료지원 시술종별 및 치료기간
5. 시술 및 시술비 지급
6. 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영
7. 난임치료시술기관 지정
8. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공
9. 기타 행정사항
10. 난임부부 지원사업 질의·응답



Ⅳ. 난임부부 시술비 지원사업

1 사업개요

가. 목 적

- 체외수정시술 및 인공수정시술 등 특정치료를 요하는 난임부부에게 시술비 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 난임부부가 희망하는 자녀를 갖도록 지원하기 위함

나. 추진근거

- 저출산·고령사회 기본법

제10조 (경제적 부담의 경감) 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

- 모자보건법

제11조 (난임 극복 지원사업) 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.

다. 필요성 및 추진배경

- 난임에 대한 사회·국가의 책임 요구 증대
  - 난임부부의 지속적인 증가에 따라 난임문제를 개별 가정의 문제가 아닌 사회현상으로 간주하여 대처 필요
  - 난임당사자들도 국가지원 서명운동 전개(8.5천명) 및 국가지원에 관한 청원서 국회 제출 등 국가적 책무 이행을 요청('05년)

- 현재 체외수정시술 등 난임치료 시술비는 건강보험이 적용되지 않는 고액으로 시술비 중 일부를 지원함으로써 난임부부의 경제적 부담 경감 필요
- 아이를 원하는 가정이 출산을 할 수 있도록 적극적 출산지원정책 필요
  - 출산·양육의 사회적 장애 제거와 병행하여 난임과 같은 의료적 장애를 제거하는 지원정책 필요

라. 추진경과

- 체외수정시술비 지원(2006년)
  - (지원횟수) 2회
  - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% 이하
  - (지원금액) 1회당 150만원(기초수급자 255만원) 범위내
- 체외수정시술비 지원횟수 및 기초생활수급자 지원금액 확대(2009년)
  - (지원횟수) 2회 → 3회
  - (기초수급자 지원금액) 255만원 범위내 → 270만원 범위내
- 지원대상자 확대 및 인공수정시술비 신규지원(2010년)
  - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% → 전국가구 월평균소득 150% 이하
  - (맞벌이부부 지원 확대) 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자 보험료는 50%만 합산하여 선정기준 적합 여부 판정
  - (인공수정시술비) 1회당 50만원 범위내 3회까지 신규 지원
- 체외수정시술비 지원금액 및 지원횟수 확대(2011년)
  - (지원횟수) 3회 → 4회
  - (지원금액) 1회부터 3회까지는 1회당 150만원 범위내(기초수급자 270만원) → 180만원 범위내(기초수급자 300만원), 4회는 100만원 범위내
- 체외수정시술비 4회차 지원금액 확대(2013년)
  - (4회차 시술비) 100만원 범위내 → 180만원 범위내
- 체외수정시술비 최대 6회차까지 지원 확대(2014년)
  - (시술비 구분지원) 신선배아 3회, 동결배아 3회로 시술비지원 확대
  - (동결배아 미발생) 신선배아 4회까지 지원

- 체외수정시술비 신선배아 지원금액 확대(2015년)
  - (신선배아 시술비) 1회당 180만원 범위내 → 1회당 190만원 범위내

- 지원대상자 및 지원금액 확대(2016년)
  - (신선배아 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 100만원 범위내 신규 지원
    전국가구 100%이하 190만원 범위내 → 240만원 범위내, 3회 → 4회
  - (인공수정 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 20만원 범위내 신규 지원

- 지원대상자 기준 변경(2017년)
  - (지원기준)
    - 전국가구 월평균소득 150% → 기준중위소득 200%
    - 전국가구 월평균소득 100% → 기준중위소득 130%
    - (신선배아)
  - (의료급여수급자) 4회, 1회당 300만원 범위
  - (기준중위소득 130%이하) 4회, 1회당 240만원 범위
  - (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 3회, 1회당 190만원 범위
  - (기준중위소득 200%초과) 3회, 1회당 100만원 범위
    - (동결배아)
  - (의료급여수급자) 최대 3회, 1회당 100만원 범위
  - (기준중위소득 130%이하) 최대 3회, 1회당 80만원 범위
  - (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 최대 3회, 1회당 60만원 범위
  - (기준중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 30만원 범위
    - (인공수정)
  - (의료급여수급자~ 중위소득 200%이하) 최대 3회, 1회당 50만원 범위
  - (중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 20만원 범위

※ 2017년 10월 국민건강보험 적용

- 지원대상 및 지원내용 변경(2018년)
  - (지원대상)
    - 기준중위소득 130% 이하 및 의료급여수급자*

* 국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급자로 한정함

- (지원내용)
  • 체외수정(신선배아) 시술비 중 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원

● 지원대상 및 지원내용 변경(2019년)
- (지원대상)
  • 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층
- (지원내용)
  • 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 신선배아 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
  동결배아 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
  인공수정 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원
- (지원항목) 착상유도제, 유산방지제, 배아동결·보관비 포함

라. 난임관련 실태

● 난임으로 건강보험 진료를 받은 환자가 매년 증가 추세이므로 사회·국가적 관심을 통한 예방대책 마련 및 임신을 희망하는 난임부부에 대한 지원 확대 필요

※ 난임진료 인원 : 177천명('09) → 192천명('13) → 212천명('17)
(자료 : 국민건강보험공단)

● 체외수정시술 등 고액의 난임시술 비용으로 출산포기 가정 발생 (보사연, '03)
- 난임치료중인 부부 중 치료중단예정 이유의 26.6%가 비용부담 때문
  • 난임치료 비용부담이 가정경제에 심각한 영향 83.2%

마. 기본방향

- 아이를 원하는 난임부부의 경제적 부담을 완화하기 위해 보조생식술 소요 비용 지원
  - 한정된 예산을 고려하여 지원횟수와 지원액을 제한
- 시술기관의 질 관리 및 평가시스템 강화
  - 불필요한 시술사례가 과잉 유입되지 않도록 기 배부된 시술확인서 및 난임 진단서 분석을 통해 정도관리 및 시술기관의 질적 수준 향상
- 지원대상자의 정서적 지지체계 및 난임예방사업 활성화 병행
  - 난임부부의 On-Line 커뮤니티 활성화 및 민간단체와의 연계·협조를 통한 난임 예방사업 효과성 제고

바. 지원종류 및 보조비율

1) 지원종류

- 체외수정시술 등 보조생식술

  ※ 보조생식술 종류 : 체외수정시술(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI) 등 약 10여종

- 인공수정시술

  임신을 위해 남성의 정자를 처리하여 여성의 자궁강 내로 직접 주입해 주는 시술(자궁내 정자주입술)

2) 지자체 보조 비율

- 국고보조사업으로 사업비 중 서울 30%, 기타 지자체 50% 국가 보조

  ※ '19년 총 사업비 426억원(국비 194억원, 지방비 232억원)

  - 난임부부시술비지원 사업비 : 404억원(국비 184억원, 지방비 220억원)
  - 보조인력 : 22억원(국비 10억원, 지방비 12억원)

사. 기관별 담당업무

1) 보건복지부(인구아동정책관 출산정책과)

- 난임부부지원사업 종합계획 수립 및 평가
- 난임부부지원사업 지침 개발 및 국고배정
- 난임부부지원사업중앙심의위원회 구성·운영
- 난임치료 의료기관 지정 및 관리
- 기타 난임부부지원사업에 관한 지도·감독

2) 광역자치단체

- 시·군·구(보건소)에 사업지침 이첩 및 예산배정, 사업량 조정

3) 시·군·구(보건소)

- 지원 신청 접수·상담 및 지원대상자 선정, 의료비 지급, 홍보
  - 지원대상자 및 시술기관 시술비 지원에 대한 확인 및 지도·감독

4) 난임치료시술기관

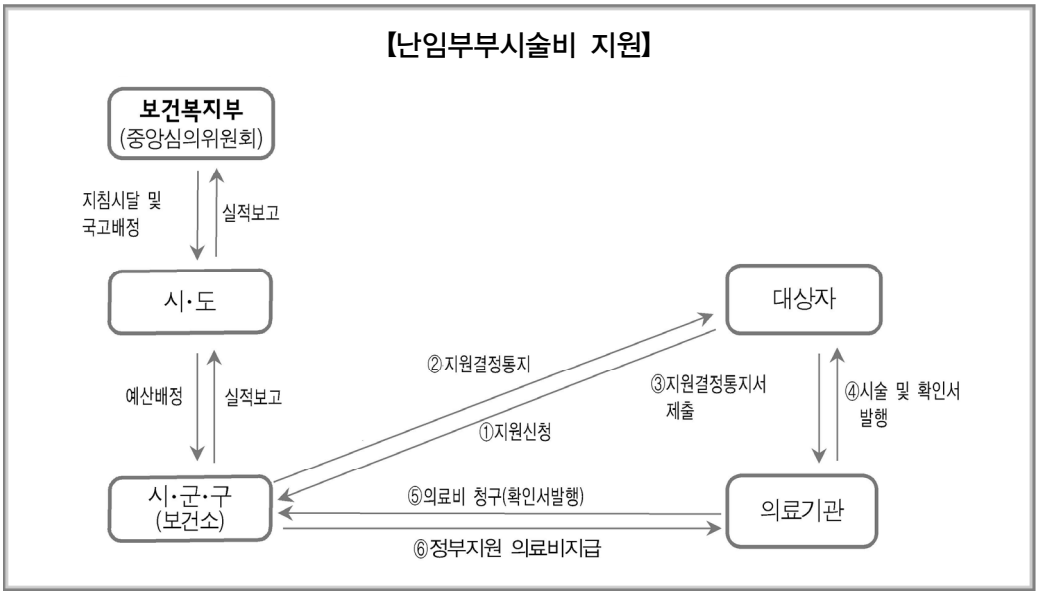
〈체외수정시술기관〉 (체외수정 시술 지정기관 연락처) 〈표 2, p.166〉

- 특정 난임치료 시술
  - 의학적 가이드라인 준수
- 난임치료(체외수정) 시술비청구서<서식 5>의 발행
  - 체외수정시술 기록지<서식 6>의 비치 및 정부 제출 요구시 협조
- 시·군·구 보건소에 시술비 청구(체외수정시술확인서 및 체외수정시술지원결정통지서 사본 첨부) <서식 4, 서식 3>
- 정부지정 시술기관으로서의 의무준수

〈 인공수정시술기관 〉

- 특정 난임치료 시술
  - 의학적 가이드라인 준수
- 시술자의 난임치료(인공수정) 시술비청구서<서식 5-2>의 작성시 협조
  - 시술대상자(난임부부)에 대한 인공수정시술확인서<서식 4-1> 및 진료영수증 등 발급
  - 인공수정시술 기록지<병원양식 활용>의 비치 및 정부 제출 요구시 협조
- 정부지정 시술기관으로서의 의무준수

자. 난임부부 시술비 지원사업 체계도



2 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용

가. 지원신청 자격

1) 난임시술을 요하는 의사의 '난임진단서' 제출자(난임진단서는 지침상 서식이어야 함)

* 난임진단서는 '정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사'에게 발급받아 제출해야 함

- 정부지정 난임시술 의료기관 시술 의사의 '난임진단서'

※ 비뇨기과 의사는 정부지원 '난임진단서'를 발급할 수 없음. 비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받은 자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 '난임진단서'를 발급

2) 법적 혼인상태에 있는 난임부부로서 접수일 현재 부인의 연령이 만 44세 이하인 자 (매 회차시마다 지원신청 접수일 기준)

- 신청서를 발급하는 연령 기준은 신청대상자의 신청일 기준으로 만44세까지로 함 (단, 이때에도 건강보험 적용이 불가능한 경우* 지원 불가를 명시)

* 건강보험의 경우 시술시작일 기준으로 연령을 제한하고 있음

> 예 1) 1974년 2월 15일에 출생한 난임여성의 지원신청 가능기간 : 2019년 2월 14일까지
> 2) 1974년 6월 10에 출생한 난임여성의 지원신청 가능기간 : 2019년 6월 9일까지

3) 부부 중 최소한 한명은 주민등록이 되어 있는 대한민국 국적 소유자(주민등록 말소자, 재외국민 주민등록자는 대상에서 제외)이면서, 부부 모두 건강보험 가입 및 보험료 고지 여부가 확인되는 자

※ 재외국민 주민등록 관련 법령 : 주민등록법 제6조, 제24조 참조

나. 지원범위 및 내용

- 지원범위 : 체외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
- 지원내용 : 1회당 50만원 범위, 신선 최대 4회, 동결 최대 3회, 인공수정 최대 3회

※ 단, 건강보험이 적용되는 경우(횟수 차감)에만 지원가능

다. 선정기준

- 난임부부 건강보험료 본인부담금 고지금액 기준으로 가족수별 건강보험료 기준중위소득 180% 이하인 가구
- 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층(본인부담경감대상, 자활, 장애인, 계층확인)

【2019년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

※ 소득판별 기준표 적용기간 : '19.1.1. ~ '19.12.31.까지 적용

- 가족수 산정 기준

대원칙 : 대상부부와 동일 거주지에 거주하는 직계존비속만을 가족수로 합산, 직계존비속의 경우 소득이 있어 별도 보험료를 납부한다면 가족수에서 제외.

- 난임부부와 그 자녀 및 손자(재혼가정의 경우 이전 혼인의 자녀 및 손자 포함)
- 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 피부양자(직장가입자)
- 난임부부와 주민등록상 주소지가 다를 경우라도 자녀의 경우 가구원 포함 (성인자녀의 경우 별도 건강보험료 납부시 제외)

- 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속중 직장가입자로서 난임부부가 피부양자로 등재된 경우
- 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속 중 동일세대의 세대원으로서 피보험자(지역가입자)
- 난임부부가 주민등록상 주소지가 서로 다른 경우 부부 각각의 주민등록상 주소지가 같은 직계존속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 자

※ 별도의 건강보험료를 가입자로서 납부하는 직계존속은 주민등록상 주소지가 난임 부부와 동일한 경우에도 "가족수 및 건강보험료"를 합산하지 않음(직계존속 부부중 1인은 가입자이고, 1인은 배우자의 피부양자인 경우 모두 가족수에서 제외)

- 난임부부가 직계존속(조부, 조모)의 피부양자(건강보험가입자)인경우 동 직계존속 가족수에 포함(추가) 다른지침과 동일기준 위함
- 주민등록법 시행령 제6조의 2(외국인 배우자등에 대한 세대별 주민등록표의 기록등)에 따라 난임부부와 주민등록상 주소지가 같은 직계존속(외국인 배우자의 직계존속 포함) 중 건강보험 가입자로써 보험료를 납부하고 있지 않은 자

● 보험료 산정 기준

- 부부 중 한명이 건강보험 가입자이고, 배우자는 그 피부양자로 등재된 경우 : 가입자의 보험료 적용
- 부부가 건강보험카드상 각각 가입자로 등재된 경우 : 부부 보험료 합산
- 부부가 건강보험카드상 1인은 가입자(A)로 등재되고, 1인은 배우자가 아닌 다른 가입자(B)의 피부양자로 등재되어 있는 경우 : 가입자(A)보험료와 피부양자로 등재되어 고지되고 있는 다른 가입자(B) 보험료 합산
- 부부가 건강보험카드상 다른 가입자의 피부양자로 함께 등재되어 있는 경우 : 부부가 함께 피부양자로 등재되어 고지되고 있는 가입자의 보험료 적용
- 부부가 건강보험카드상 서로 다른 타인의 피부양자로 각각 등재된 경우 : 각각의 부부가 피부양자로 등재되어 고지되고 있는 가입자의 보험료 합산

* 맞벌이부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 합산
* 맞벌이부부가 아닌 경우에는 각각 보험료를 납부(피부양자 등재 포함)하더라도 모두 합산

- 보험료는 건강보험료 본인부담금 고지금액 기준으로 판단
  • 연말 정산 등으로 보험료 조정분(추가고지 및 환급 모두 해당)이 고지된 경우에는 정상월분으로 평가
    ※ 직장가입자의 경우 4월분에 연간 정산 보험료가 추가 또는 환급 고지되는 경우가 있음
    ※ 정상월분 판단방법 : 급여명세서 상의 전월 급여액 x 건강보험료 본인부담률 ('19년 3.23%)
  • 매월 건강보험료가 변동되는 군인(군무원) 등의 경우에도 신청일 기준 전월 건강보험료 본인 부담금 고지 금액으로 산정(전월 자료 없을시 가장 최근 자료로 대체)
- 부부 중 한명이 기초생활수급대상자일 경우 기초생활수급자로 인정
- 해외 출국으로 인해 건강보험 보험급여가 정지된 사람이 입국하여 혜택을 보고자 하는 경우에는 급여정지를 해제 한 후 고지된 보험료 금액을 기준으로 대상자 선정
- 단, 해외파견 근무의 경우 난임부부가 출국 이전에 건강보험가입여부가 확인되고 파견근무 기간을 명시한 관련서류 제출시 소득기준 확인 후 지원가능
  • (소득판별) 해외파견근무자의 신청일 기준 전월(급여)금액 × 건강보험료 본인부담률(3.23%)
  • (증빙자료) 파견기간이 명시된 관련서류 제출
    ※ 소득금액이 달러 등 파견국가의 화폐기준인 경우 신청시점 환율 적용
- 부부 중 한 명이 국가유공자로서 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입 의무자가 아닌 경우 신청일 기준 전월 소득금액에 건강보험료 본인부담률을 적용하여 보험료 합산

〈직장가입자가 휴직한 경우 보험료 산정 기준〉

- 직장가입자가 휴직한 경우에는 '휴직증명서'를 징구하고, 유급·무급휴직에 의한 변경된 소득기준(건강보험료)으로 적격여부 판정

* 휴직증명서는 휴직여부(휴직기간)을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능
* (휴직 후 최초 신청) 휴직증명서 및 신청일 기준 전월 급여명세서 징구
* (휴직기간 동안 재신청) 최초 신청 시 제출한 휴직증명서로 갈음할 수 있음. 다만, 유급 휴직자의 경우 신청일 기준 전월 급여명세서 징구 필요

- 휴직 기간이 1개월(30일) 이상 경과한 경우
  - 유급휴직자 : 급여명세서상의 신청일 기준 전월 급여액에 건강보험료 본인부담률을 곱하여 산정된 금액으로 지원 자격 여부 결정
    * 직장가입자 건강보험료 본인부담률 : 보수월액의 3.23%('19년)
    * 보수월액 : 근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당
    * 보수월액에 포함되지 않는 경우 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직 수당 등 소득세법에 따른 비과세 근로소득(소득세법 제12조 참조)
  - 무급휴직자 : 휴직기간 동안 소득이 없는 것으로 처리
- 휴직 기간이 1개월(30일) 미만인 경우 : 신청일 기준 전월 건강보험료 반영

※ 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위내에서 분할 납부하므로 복직후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률로 지원자격 여부를 판정할 것(휴직기간중 건강보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

- 임의계속 가입자는 직장가입자로 산정

※ <국민건강보험법>

제110조(실업자에 대한 특례) ① 사용관계가 끝난 직장가입자 중 보건복지부령으로 정하는 사람은 지역가입자가 된 이후 최초로 제79조에 따라 지역가입자 보험료를 고지받은 날부터 그 납부기한에서 2개월이 지나기 이전까지 공단에 직장가입자로서의 자격을 유지할 것을 신청할 수 있다.

- 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층은 수급증 확인을 통해 건강보험료 산정액 대체함.

라. 신청 접수

1) 신청기간 및 장소

- 접수 : 연중 접수

※ 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속 또는 형제자매 신청 가능

- 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서 등)제출

※ 지원결정통지서 유효기간은 3개월임(유효기간 내 시술이 시작되어야 함, 3개월 경과시 지원 재신청)

- 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 이에 대하여 철저히 안내 해야 함

● 장소 : 부인 주소지 관할 시·군·구 보건소

※ 지원대상자가 통지서 발급 이후 타 지역으로 전출한 사실 확인시 원칙적으로 전입 보건소에서 시술비 지급(단, 양 보건소간 사전 합의시 전출보건소에서 시술비 지급 가능)

※ 전출보건소에서는 해당 시술기관 및 전입보건소에 관련사항 문서 통보 후 원본 보관(통합정보시스템 상 현황자료 입력조치 완료 후 문서 통보)

2) 제출서류

● 정부지원 난임치료 지원신청서 1부 <서식 1>

- 첨부서류

① 난임 진단서 원본 1부 <서식 2>

* 난임 진단서는 1차 신청시 제출한 내용을 최종 지원시까지 갈음함

② 부부 모두의 건강보험증 사본 1부씩

③ 신청일 기준 전월 건강보험료 납부확인서의 고지금액 또는 급여명세서(원본 대조필) 1부

④ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있을 경우 가족관계증명서 1부 제출)

* ②~④ 의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략

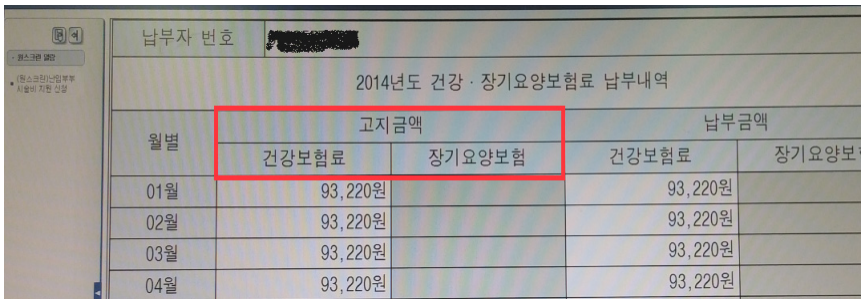
⑤ 사업자등록증명원(맞벌이 부부 중 자영업일 경우)

* 부부가 모두 자영업일 경우, 맞벌이 부부 모두의 사업자등록증명원 제출 또는 공동 사업자로 등록되어 있어야 함

⑥ 위촉증명서, 계약서 사본 및 계약이행확인서(프리랜서 등) 등 현재 근무하고 있다는 사실을 증명할 수 있는 서류 1부(맞벌이 부부 중 학원 강사, 프리랜서 등 근로소득을 적용 받지 않는 사람으로 건강보험 지역가입자인 경우)

'행정정보 공동이용' 활용 안내 (② ~ ④ 관련)

- 행정정보 공동이용 등록사무명 : "난임부부 시술비 지원사업"
  * 행정자치부에 민원사무로 등록되어 있음
- 이용 가능 정보내용
  - 주민등록정보(주민등록등본) : 가구원, 가족수 확인 (동일거주지에 등재 및 동거함이 원칙)
  - 건강보험증 및 건강보험료 납부확인서상의 고지금액*
- 보건소 업무담당자 사전조치 사항
  - 기관별 행정정보공동이용 담당자(분임공동이용관리자)로부터 행정정보 공동이용 접근 권한을 신청하여야 함(보건소 권한 신청 부서는 구청 민원봉사과 등에서 담당)
- 시술대상자가 해야 할 사항
  - 지원신청서 뒷면의 '난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서'에 동의 (서명)하여야 함.
    * 행정정보공동이용 화면 예시(고지금액)



납부자 번호 [redacted]

2014년도 건강 · 장기요양보험료 납부내역

월별	고지금액		납부금액	
	건강보험료	장기요양보험	건강보험료	장기요양보
01월	93,220원		93,220원	
02월	93,220원		93,220원	
03월	93,220원		93,220원	
04월	93,220원		93,220원	

※ 국제결혼자의 경우 주민등록 조회가 불가능할 경우 가족관계증명서 제출

⑦ 신청일 기준 1개월 이상 휴직자의 경우 휴직증명서

* 휴직증명서는 휴직여부 및 휴직기간을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능(무급 또는 유급 휴직 여부를 명시한 소속기관의 재직증명서, 기관에서 발행한 확인증명서 등)

⑧ 신청일 기준 1개월 이상 유급 휴직자의 경우 급여명세서

3 지원대상자 선정

가. 지원대상 자격조사

- 시·군·구 보건소에서 신청서 접수시마다 연령·소득 등 선정기준 조사
  - 시술비지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격 조사 후 '지원결정통지서' 배부

    ※ '지원결정통지서' 발급일부터 시술비 지원 가능

나. 지원대상자 선정

- 해당기관 유자격자 전원을 지원대상자로 선정
- 신청자격, 선정기준 등 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 신청즉시 '체외수정 시술 지원결정통지서' 발급
  - 가급적 시술예정일을 확인후 발급하여 예산소요액 및 시술참여인원 파악이 가능 하도록 협조

    * 신청만 하고 시술을 안할 경우 소요액 파악이 어려움

4 특정난임치료지원 시술종별 및 치료기간

가. 지원대상 특정난임치료시술 종류

- 체외수정시술(IVF-ET)
  - 과배란유도, 난자채취, 난자세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)
  - 배아보조 부화술(Hatching)
- 접합자 난관내이식(ZIFT)
  - 과배란유도, 난자채취, 세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)
- 생식세포 난관내이식(GIFT)
- 동결배아이식
- 배아난관이식(TET)
- 인공수정시술
  - 배란유도(배란유도제로 경구제나 주사제 또는 병합투여)후 인공수정시술
  - 자연주기 인공수정시술

나. 치료기간(지원결정 통지서 유효기간)

- 지원결정통지서 발급일로부터 3개월(시술시작일 기준)
  - 3개월내 시술을 시작하지 않고 경과 한 경우 지원신청을 다시 하여 자격재조사 후 지원결정통지서를 다시 발급 받아야 함. 통지서 분실 시 재발급 가능

* 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 지원 유효기간 경과 시 재신청을 통한 자격요건 재확인 후 지원결정통지서를 재발급 받아야 한다는 사실에 대하여 지원결정통지서 발급 및 의료기관 내방 시 반드시 안내

다. 난임부부 시술 허용범위

- 배아생성관련 허용 범위(체외수정시술)
  - '생명윤리 및 안전에 관한 법률'상 허용되는 범위에서 지원
    - 법률적 혼인관계에 있는 부부에게만 시술
    - 특정의 성을 선택하여 수정하거나, 미성년자의 정자·난자 활용행위 금지
    - 매매된 정자·난자 활용 금지

- 대리모 제외

※ 대리모는 '생명윤리 및 안전에 관한 법률' 및 '민법'과 관련된 현실적인 문제의 발생은 물론 윤리적 문제 야기로 국고 지원의 타당성이 떨어짐

- 기타 관련 법령의 허용범위 내에서만 시술

※ 생명윤리 및 안전에 관한 법률

제23조(배아의 생성에 관한 준수사항) ① 누구든지 임신 외의 목적으로 배아를 생성하여서는 아니 된다.

② 누구든지 배아를 생성할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 특정의 성을 선택할 목적으로 난자와 정자를 선별하여 수정시키는 행위
2. 사망한 사람의 난자 또는 정자로 수정하는 행위
3. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정하는 행위. 다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외한다.

③ 누구든지 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부(反對給付)를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선하여서는 아니 된다.

제66조(벌칙)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

3. 제23조제1항을 위반하여 임신 외의 목적으로 배아를 생성한 사람
4. 제23조제3항을 위반하여 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선한 사람

제67조(벌칙)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 2년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 배아를 생성할 때 제23조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자

● 인공수정시술 허용 범위

- 법률적 혼인관계에 있는 부부에게만 시술
  - 특정의 성을 선택하기 위한 정자처리나, 미성년자의 정자 활용행위 금지
  - 매매된 정자 활용 금지
  - 대리모 제외
  - 기타 관련 법령의 허용범위 내에서만 시술

5 시술 및 시술비 지급

가. 시 술

- 지원대상자는 시·군·구보건소에서 '체외수정시술 지원결정통지서 <서식 3>를 교부받아 시술을 받는 정부지정시술 기관에 제출
  - 지원결정통지서 발급 이후에 발생된 시술비용에 대해서만 지원하며 시술이 종료된 경우 소급지원은 불가
  - 시술의료기관에서 발급한 진료비 계산서·영수증*(약제비 포함)에 기재된 급여 항목 중 일부 본인부담금, 전액본인부담금 및 비급여 항목(선택진료료 제외)

    * 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별칙 제6호 서식) 참조

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2017. 6. 29.>

[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자 성명	진료기간			야간(공휴일)진료
		. . .부터 . . .까지			[ ] 야간 [ ] 공휴일
진료과목	질병군(DRG)번호	병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)	

항목	급여			비급여		금액산정내용	
	일부 본인부담		전액 본인부담	선택진료	선택진료료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)	
	본인부담금	공단부담금					
진 찰 료						⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤	
입 원 료							

- 지정시술기관에서는 지원대상자에 대하여 일반 시술자(비 지원대상자)와 동일하게 진료 및 시술을 시행하고, 정부지원사업을 인지하지 못하여 시술 당사자가 지원대상에서 누락되는 일이 없도록 정부지원사업 안내를 반드시 실시

  ※ 관련 민원발생시 정부 시술지정기관 제외 등 조치

  - 시술확인서 <서식 4> 작성시 '시술시작일'은 통지서 발급일과 같지 않을 수 있으며, 순수하게 시술이 시작한 일자부터 임신확인일까지로 기재

    ※ 시술기간 통계의 정확도 제고를 위해 실제 시술의 시작과 끝을 정확히 기재할 것, 다만, 시술시작일이 통지서발급일보다 앞설 경우 지원금 청구시 통지서발급일부터 발생한 의료비만을 청구해야 함

  - 시술 결과 임신한 경우, 시술확인서 상 임신낭 개수 기입이 누락되면 시술 대상자에 대한 시술비 지원이 불가하므로 임신낭 개수를 반드시 기입

나. 시술비 지급

체외수정시술비 지급

- 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 최대 50만원한도 까지 청구

- 정부지원금은 시술을 종료한 후 시술대상자 주소지의 시·군·구보건소에 청구(청구서, 지원결정통지서사본, 시술확인서, 진료영수증, 진료상세내역서, 통장사본 첨부)
  - 시술비가 정부 지원금 이내일 경우에는 시술비만 청구
    ※ 시술비 청구 <서식 5>는 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 지원 가능

- 지원대상자는 시술과 직접적 관련 있는 원외약처방을 받은 경우 처방전과 약제비 영수증 등 제출 시 일부 본인부담금, 비급여(전액본인부담금 포함)약제비에 대하여 정부지원금액 한도내에서 지급 가능
  ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(청구서 <서식 5-1>, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서 사본1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 함
  ※ 개인에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있음

- 시·군·구(보건소)에서는 시술비 청구서 접수일로부터 가급적 30일 이내에 해당 의료기관 및 지원대상자(개인)에게 시술비 지급(계좌 송금)
  - 시술비가 정부지원금 이내인 경우에는 총 시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급
  - 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 철저히 확인 후 지급
    ※ 주사제는 원내처방을 원칙으로 함
    ※ 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자 및 의료기관이 입증(입증 곤란시 최초 지원결정통지서 제출 시술 기관의 시술비만 정부 지원 인정)

- 지원대상자에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외약 처방인지 확인 후 시술본인의 계좌로 지급
  ※ 대표적인 원외처방약으로는 레트로졸(페마라), 클로미펜 등 배란유도제 해당
- 1회 시술비가 지원한도액 이내일 경우에는 실 시술비만 지원
- 임신확인검사(뇨검사, 혈청검사 또는 초음파상 임신낭 확인 검사)비 포함
- 당해 연도 시술비지원 예산 부족으로 인해 발생한 미지급분에 대해서는 다음 연도 예산으로 지급 가능

인공수정시술비 지급

- 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 최대 50만원한도 까지 청구
  ※ 시술비 청구는 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 지원 가능

- 관할 보건소장은 시술확인서 확인 후 정부지원금 범위 내에서 시술비 지급
  - 시술비 청구서 접수일로부터 가급적 30일 이내에 시술비 지급(계좌 송금)
  - 시술비가 정부 지원금 이내일 경우에는 총 시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급
    • 시술비 지원 시술기간 범위 : 약제 투여 시작일~초음파로 임신낭 확인일 또는 혈액(소변)검사 확인일. 단, 자연주기의 경우 시술기간의 시작은 생리 제3일째로 함

- 시·군·구(보건소)에서는 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 철저히 확인 후 지급
  ※ 주사제는 원내처방을 원칙으로 함
  ※ 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자가 입증(입증 곤란시 최초 지원결정통지서 제출 시술기관의 시술비만 정부 지원 인정)

유산방지제, 착상유도제, 배아동결·보관비용 지원

● 지원원칙

- (황체에서 분비되어 착상과 임신을 유지하는 데 중요한 역할을 하는 호르몬인 프로게스테론이 부족한) 황체기 결함, 호르몬 이상 및 면역학적 요인 등으로 자궁착상 실패 및 반복 유산(3회 이상)을 경험한 보조생식 시술 여성에 대하여 「보조생식술 급여기준」에서 정한 범위에 따라 급여 또는 전액본인부담 비용에 대해 지원함.
- 체외수정 신선배아 이식 전후 시술 목적으로 사용하고자 하는 양호한 상태의 배아를 냉동, 보관하는 비용에 대해 지원함

※ 유산방지제, 착상유도제, 배아동결·보관비용은 전체시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지) 중 발생되어 청구된 경우에만 지원이 인정됨(해동되었다 다시 동결하는 경우 인정 안됨)

● 자궁착상유도제 및 유산방지제

(지원대상)

- 보조생식 시술 후 자궁착상 실패 가능성과 반복 유산(3회 이상)을 경험하여 자궁착상유도제 및 유산방지제를 투여할 필요가 있는 자

(지원 약제 범위)

- 보험급여 인정 비급여(본인전액 부담) 약제
  - 프로게스테론 질정 및 주사
  - 타이유 프로게스테론 주사
  - 슈게스트 프로게스테론 주사
  - 제니퍼 프로게스테론 주사
  - 루티너스 질정
  - 유트로게스탄 질정
  - 예나트론 질정
  - 크리논 겔
  - 사이클로제스트 등

※ 보건복지부 보험급여과에서 인정 비급여로 명시하지 않은 임의 비급여 시술과 약제비는 지원대상에서 제외

※ 약제고시기준하에서 적용

(지원액) 시술당 최대 유산방지제, 착상유도제 각 20만원

- 배아 동결·보관비

(지원대상)

- 이식 후 남은 배아, 자궁내막 등 여성의 건강상태가 이식을 하지 못할 상태 및 질병 확인 때문에 배양 배아를 향후 난임 시술 목적으로 배아를 동결, 보관할 필요가 있는 경우

(지원액)

- 1년 기준 30만원 (시술 당)

- 유전자검사 및 선택유산은 제외됨

6 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영

가. 난임부부지원사업중앙심의위원회

1) 설치·운영 : 보건복지부

2) 위원 구성

- 대한산부인과학회, 대한생식의학회, 대한보조생식학회, 대한산부인과의사회, 건강 보험심사평가원, 국민건강보험공단, 대한비뇨기과학회, 여성계, 윤리계 등 각 단체의 장으로부터 추천을 받은 자와 보건복지부 공무원 등 15인 이내

※ 보건복지부 인구아동정책관은 당연직 위원으로 하고, 간사는 보건복지부 출산정책 과장이 됨

3) 의결방법

- 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결

* 서면회의 시 재적위원 과반수의 의견 제출과 의견 제출위원 과반수의 찬성

4) 기 능

- 난임부부 시술비 지원사업(체외수정 및 인공수정)의 의학적 기준 심의, 시술 관련 의료적 가이드 제시 및 각종 주요 사안 심의

7 난임치료시술기관 지정

가. 지정 및 지정절차

1) 체외수정 시술기관

지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “체외수정 시술 의료기관”
- 지정신청자격<모자보건법 시행규칙 별표2>
  - “생명윤리 및 안전에 관한 법률” 제22조(배아생성의료기관의 지정 등) 규정, 동법시행규칙 제17조(배아생성의료기관의 지정) 규정에 의거 보건복지부령이 정하는 시설 및 인력 등을 갖추어 “배아생성기관”으로 지정받은 의료기관중 본 사업 참여를 희망할 경우 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식>을 작성하여 신청

지정절차

- 정부지원 난임치료 체외수정 시술 사업에 참여하고자 하는 배아생성의료기관은 ‘난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서’ <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식> 를 제출
- 보건복지부장관은 난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서를 검토하여 배아생성의료기관을 “난임시술(체외수정 시술) 의료기관”으로 지정·통보

2) 인공수정 시술기관

지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “정부지원 인공수정시술 지정기관”

- 지정신청 자격기준<모자보건법 시행규칙 별표2>
  - 시설기준 : 정액채취실(개인 프라이버시 보호가능한 독립적 공간), 진료실
    - 장비기준 : 초음파기기, 현미경을 포함한 정액검사장비, 정자분리 장비 (예시, 원심분리기 등)
  - 인력기준
    - 산부인과 전문의 1명 이상
    - 시술을 보조할 수 있는 간호사 또는 간호조무사 1명 이상을 두어야 함

지정절차

- 정부 인공수정시술 지원사업에 참여하고자 하는 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식>에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 다음 각호의 서류를 준비하고 관할지역 보건소에 요청
  - 의료기관 개설신고필증 또는 의료기관 개설허가증 사본
  - 시설, 장비 및 전문인력 명세서
  - 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서<모자보건법 시행규칙 별지 제9호의2 서식>

    ※「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제22조에 의한 배아생성의료기관은 〈모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식에 의한〉 “난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서”로 신청(배아생성의료기관 지정서사본 첨부)

- 요청을 받은 보건소담당자는 해당 의료기관에 현장방문하여 시설, 장비, 인력 등 자격기준 충족여부 점검 후 ‘자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서’를 발급

- 보건소로부터 점검표를 발급받은 해당 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식> 에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 상기 각호의 서류를 첨부하여 보건 복지부에 제출

- 보건복지부장관은 난임시술 의료기관을 지정하는 때에는 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의4서식>에 의한 난임시술 의료기관 지정서를 교부할 수 있음

나. 체외수정시술 및 인공수정시술(공통)

1) 의료기관 변경사항 신고

- 난임치료 시술기관은 기관의 명칭, 기관장(대표자), 소재지, 시설, 전문인력(의사에 한함)을 변경하려면 별지 제9호5서식의 변경신고서를 난임시술 의료기관 지정서 원본과 변경사항을 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 변경사유가 발생한 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 제출
- 보건복지부는 지정사항 변경처리후 지정서를 고쳐 써서 발급하거나 재발급함

2) 지정 반납 및 해지

- 난임치료 시술기관으로서의 기능이 상실된 의료기관은 난임시술의료기관 지정서를 보건복지부에 반납하여야 하며, 해당 기관에 대해서는 지정해지 하고 결정사항을 해당기관에 통지하며 “난임치료 시술지정기관 목록”에서 퇴록. 각 시·도에 통보하고 홈페이지에 공고
- “난임부부지원사업 시술 지정기관(체외수정 및 인공수정)”은 지정 반납 사유가 발생하면 그로부터 7일 이내에 보건복지부에 공문으로 보고하고 당해 시술기관 내에서는 관련 사실을 6개월 이상 반드시 안내(공지)하여 민원 불편이 발생하지 않도록 함
- 진단서 허위발급 및 시술비 허위청구, 시술비 과다 청구시 보건복지부에서 현황 파악후 지정기관 제외 등 조치

3) 난임치료시술지정기관 준수사항

- 정부에서 제공하는 ‘난임치료시술 가이드라인(체외수정 또는 인공수정시술)’을 준수하고 정부에서 제공하는 ‘양식’을 사용할 것
- 난임시술 전 부부 모두 난임의 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실 있는 시술이 이루어지도록 할 것
- ‘난임치료시술 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것

- 일반 환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제, 시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
- 일반 환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것

- 난임시술비지원사업 안내를 위하여 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해줄 것
  - 병원에 반드시 '정부지원사업 안내' 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보하며, 난임진단 사유로 내원한 환자에게는 반드시 정부지원사업 안내를 하여 불이익을 받는 자가 발생하지 않도록 할 것
- 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지말 것
- 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링, 설명회 등에 필히 협조·참석할 것
- 지정조건 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음
- 시술확인서, 청구 영수증 등 시술 증빙자료를 성실히 구비하여 보건소(청구기관)에 제출할 것

8 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공

가. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공 운영

구 분		내 용
대 상		난임 환자 및 임산부
상담문의 및 상담예약		www.nmc22762276.or.kr ※ 중앙 및 권역 난임·우울증 상담센터 기관 안내 [표 1] 참조
상담 종류		면담 (개인상담 또는 부부상담)
상담 유형	내 소	대상자나 가족 등이 직접 센터로 방문하여 대면상담
	방 문	대상자가 내소하기 어려운 경우, 내담자의 거주지나 시설, 연계기관 등 방문하여 상담
상담시간	예약제	(평일) 월~금 09 : 00 ~ 17 : 00
상담사		정신건강전문요원, 사회복지사, 임상심리사, 간호사

※ [표 1] 중앙 및 권역 난임·우울증 상담센터 기관 안내

구 분	수탁기관	주 소	연 락 처
중앙 난임·우울증 상담센터	국립중앙의료원	서울특별시 중구 을지로 245 국립중앙의료원 본관 2층	02-2276-2276
인천권역난임·우울증 상담센터	가천대 길병원	인천시 남동구 남동대로 765번지 B 길병원 여성센터 1층	개소예정
대구권역난임·우울증 상담센터	경북대학교 병원	대구광역시 중구 달구벌대로 2167 을화빌딩 7층	053-261-3375
전남권역난임·우울증 상담센터	현대여성아동병원	전라남도 순천시 장선배기 1길 B(조례동)	061-901-1234

• 민간단체 난임부부 지원사업 안내 : (사)난임가족연합회(난임연합회) 1899-1806 (www.agaya.org)

나. 난임부부에게 상담서비스 안내

- 보건소 담당자는 난임부부 지원결정 통지서 발급 시 신청자에게 심리상담 서비스 제공에 대하여 반드시 안내하여야 함.

9 기타 행정사항

가. 보건소 보조인력 활용

1) 보건소의 인력부족 등을 감안 별도 보조인력 지원 (국고보조율 : 서울 30%, 기타 시·도 50%)

* 지자체별 인건비 예산 범위내에서 보조인력 활용

- 업무범위 : 난임시술비 지원 신청자 상담·접수·선정 및 사후관리, 홍보 등
  * 보조인력은 난임사업에 집중하되 필요시 출산지원·모자보건업무 지원 가능
- 난임부부 지원사업 보조인력비
  - 110개 보건소 × 180만원 × 12월 × 1.026(처우개선비)

※ 보조인력 지원비에는 인력관련 명절휴가비, 복지포인트, 4대보험 사업주 부담금 등 제 경비 포함

※ 인건비 잔액은 내시변경 요청을 통해 사업비로 사용 가능

- 광역자치단체는 보조인력 배치 시 보건소별 업무량 및 관할 지역의 가임여성 인구 등을 감안하여 보조인력 배치 인원을 조정할 수 있다

나. 국고보조 및 사업 실적보고

1) 국고보조

- 분기별 자치단체 경상보조

2) 사업 실적보고

- '14년부터 난임부부 지원사업 실적보고는 지역보건의료정보시스템에 입력된 결과로 대체함. (각 보건소에서는 실적이 누락되지 않도록 지원결정통지서, 시술확인서 등 데이터 입력)
  - 실적확인기준일 : 매 익월 10일
- 실적 취합 후 실적 입력 오류 등 확인 요청(분기별) : 복지부→시·도→시·군·구
- 난임부부 지원사업 출생아 실적보고는 분기별로 제출
  - 제출일 : 매 분기 익월 10일

10 난임부부 지원사업 질의·응답

가. 지원신청 자격

Q 1. 가임기여성 연령기준은 어떤 근거인가요?

A 15~49세 기준은 UN에서 쓰는 국제 기준입니다.

Q 2. 체외수정 지정병원으로 지정받기 전에 민원인이 지원결정통지서를 가지고 시술한 경우

A 난임부부 정부지원사업은 지정된 시술기관에서 시술한 경우 지원이 가능하므로 위 경우 지원이 불가합니다.

Q 3. 오늘 혼인신고하고, 혼인신고 접수증 제출하였을 경우 난임부부 신청 가능한지? (소득·재산조건 맞음)

A 혼인신고 처리기간을 감안하여 모든 조건을 충족할 경우 지원결정 통지서 발급 가능 (단, 이후 혼인관계증명서 등 제출 필요)

Q 4. 난임지원 진단서는 지침에 있는 서식을 이용해야 하나요? 해당 전문의도 맞고, 난임이라고 나온 다른 진단서는 불가한가요?

A 반드시 지침의 진단서 양식을 사용해야 하며 정부에서 지정받은 시술기관에서 작성하여야 합니다.

나. 소득판별 기준

Q 1. 주민등록등본 : 남편, 부인, 친정부, 친정모
건강보험 : 따로 살고 있는 부인의 동생(직장가입)의 피부양자로 모두 등재됨(남편, 부인, 친정부, 친정모)이 경우 건강보험료, 가족 수는 몇 명으로 봐야할까요?

A 가족수 : 4인(남편, 부인, 친정부, 친정모), 건강보험료 : 부인의 동생(직장가입)

Q 2. 가족수 합산 관련 부부의 형제자매의 경우 가족수에 합산되나요?

A 가족수에 합산 되지 않습니다. 부부가 별도의 주민등록지에 등재된 경우 별도의 주민등록지 가족 중 부부 중심 직계존속과 직계비속만 합산합니다. 형제자매는 주민 등록지에 함께 등재되고 부부의 건강보험피부양자로 등재되어도 가족수 산정이 되지 않습니다.

Q 3. 주민등록1 : 남편(A지역)
주민등록2 : 부인, 부인의 언니, 형부, 조카(B지역)
건강보험1 : 남편(지역가입자)
건강보험2 : 부인은 형부(지역가입자)의 피부양자로 등재(언니. 조카 모두 등재)
이 경우 가족 수와 건강보험료는?

A 가구원수 : 2인(남편, 부인), 건강보험료 : 남편과 형부의 건강보험료 합산

Q 4. 주민등록1 : 남편, 시어머니
주민등록2 : 부인
건강보험1 : 부인(직장가입자)
건강보험2 : 남편과 시어머니는 주소가 분리되어 있는 시누이(직장가입자)의 피부양자로 등재
이 경우 가구원수와 보험료 기준은 어떻게 되나요?

A 가구원수 : 3인(부인, 남편, 시어머니), 건강보험료 : 시누이와 부인 보험료 합산

Q **5. 주민등록1 : 남편**
주민등록2 : 부인, 동생, 친모
건강보험1 : 남편 직장가입
건강보험2 : 동생은 지역가입자이고, 부인과 친모는 동생의 피부양자 등재됨.
이 경우 가족수와 건강보험료는 어떻게 산정하나요?

A 가족수 : 3인(남편, 부인, 친모), 건강보험료 : 남편과 동생 보험료 합산

Q **6. 재혼가정 가족수 산정 및 건강보험료**
주민등록1 : 남편, 시부모
주민등록2 : 부인, 전 남편 자녀 2명
건강보험1 : 남편 직장가입, 시부모는 남편의 피부양자
건강보험2 : 부인 지역가입, 전남편 자녀는 전남편의 피부양자

A 가족수 : 6인(남편, 부인, 시부모, 전 남편 자녀2명), 건강보험료 : 남편과 부인 보험료 합산

Q **7. 주민등록 : 남편, 부인, 친정 부, 모**
건강보험 : 남편, 부인 각각 직장가입자. 친정 부, 모는 따로 살고 있는 자녀의 피부양자로 등재
상기 대상 가구의 가족수와 건강보험료는 어떻게 되나요?

A 가족수 : 4인가구(남편, 부인, 친정부, 친청모), 건강보험료 : 남편과 부인 보험료 합산
* 주민등록상 함께 있는 직계존속중 직계존속 본인이 직접 가입자로써 보험료를 납부하고 있는 경우 에만 가족수에서 제외됩니다.

Q **8. 부인 : 한국인, 남편 : 외국인, 시부모님 : 외국인 경우**
부인이 모두 건강보험료 납부하고, 남편과 시부모의 거소 등록 주소지가 부인과 동일 주소지임. 외국인 시부모도 가구원 수에 합산해야 하나요?

A 불가. 외국인 시부모가 주민등록에 같이 등재되어 있지 않고 한국에서 지속적으로 거주한다는 증빙이 되지 않기 때문에 가구원 수에 포함될 수 없습니다.

Q 9. 다른 나라의 영주권자(우리나라 국적 보유, 주민등록말소)와 외국인(미국국적) 부부가 건강보험 가입하고 건강보험료 소득기준이 맞을 경우 난임부부 지원이 가능한가요?

A 영주귀국 신고를 하고 주민등록 생성·재등록 및 부부 모두 건강보험 가입, 보험료 고지 여부가 확인된 경우는 지원가능. 다만, 재외국민 주민등록자와 외국인(미국국적) 부부는 지원불가.

Q 10. 일반대상자에서 수급자로 변경된 경우

A 수급자증명서를 제출하면 수급자금액으로 지원이 가능합니다.

Q 11. 1차 지원결정통지를 받고 시술종료(1차신청 당시 부부 모두 건강보험가입) 후 남편만 영주권취득하면서 건강보험 미가입 상태로 변경됨. 이 경우 1차 지원결정근거로 2차 지원이 가능한가요?

A 불가. 지원기준이 부부 모두 건강보험 가입자여야 하므로 남편이 건강보험 가입할 경우 지원이 가능합니다.

Q 12. 난임부부 시술비 신청자(10월 신청)가 전월보험료(9월)는 지원기준과, 최근 고지된 건강보험료 고지금액(10월)은 지원기준이 다른 경우 어떻게 해야 하나요?

A 기준 전월 건강보험료 납부확인서상의 고지금액을 기준으로 하므로 9월 보험료 기준을 적용하여 지원 가능

Q 13. 전월 건강보험료 납부 영수증상 부부 맞벌이로 난임부부 지원대상자가 아니었으나, '19년 4월 8일 부인이 퇴사하고 남편의 피부양자로 등재됨.
'19년 4월에 난임부부 시술비 신청할 당시 남편의 피부양자로 등재된 건강보험증을 제출하는 경우 남편의 건강보험료만으로 대상자 선정하나요?

A 난임부부 신청 당월에 자격이 변동된 경우에도 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액을 기준으로 선정대상 여부를 확인함에 따라 난임지원 불가

Q 14. '19년 1월 해외 여행갔다가 2월에 국내 들어와서 건강보험 자격회복하고 건강보험 급여정지해제 후 2월에 바로 난임시술 하려고 합니다.
'19년 1월 건강보험료는 "0"이고, 최근월분 확인되는 것은 '18년 12월분 보험료만 확인됩니다. '19년 2월분 고지금은 확인되지 않습니다. 이 경우 몇 월 보험료를 보고 지원결정 해야 하나요?

A '19년 2월 건강보험료 고지금액 확인 이후 신청 가능(입국하여 보험급여 정지 해제 후 고지된 납부확인서상의 고지금액)

Q 15. 남편 직장일로 해외거주. 건강보험가입자 자격정지됨 난임시술을 위하여 일주일간 입국하였고 입국기간 동안 자격회복 후 건강보험 자격 정리 후 난임지원 신청 가능한가?

A 입국 후 건강보험 자격취득 및 보험급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험금액 및 첨부서류를 모두 제출할 수 있다면 난임지원 신청 가능함.

Q 16. 남편이 해외 체류 중인 경우

A 부부가 모두 건강보험 가입자 이어야 하므로 남편의 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료를 기준으로 기준에 부합하면 지원 가능합니다.

Q 17. 외국에서 들어와 건강보험 가입 후 12월 보험료 납부.
1월에 외국에 나가서 보험급여가 정지되었다가 지금 입국하여 보험 재가입.
12월에 납부한 보험료영수증을 제출해도 되나요?

A 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료를 기준으로 함.

Q 18. 우리나라 거주하는 미군남편(건강보험가입 안됨)과 결혼한 한국인부인(건강보험가입)이 난임부부 신청이 가능한가요?

A 불가. 부부모두 건강보험에 가입해야만 지원 가능함.

Q 19. 외국유학, 외국에서 소득활동중인 자가 난임부부 지원을 받기 위해서는 국내 입국하여 건강보험료를 납부해야 하나요?

A 국내 입국하여 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료가 확인되어야 합니다.

Q 20. 체외수정시술비 지원 신청가구원 중 국가유공자로서 건강보험 가입을 하지 않은 경우

A 신청일 기준 전월 소득금액에 건강보험료 본인부담률을 적용

〈휴직자 소득판별 기준〉

Q 21. 남편(직장가입). 부인(직장가입이나, 유급휴직, 월급여 70% 받음) 상기 대상 가구의 건강보험료 산출은 어떻게 해야 하나요?

A 유급휴직자의 경우 '휴직증명서'를 확인한 후 신청일 기준 전월 급여액(변경된 소득액)에 건강보험료 본인부담률을 곱하여 산정된 금액으로 지원 자격 여부 결정(맞벌이 기준 적용 가능)

Q 22. 1차지원 대상자 선정시 무급육아휴직자로 지원결정통지서를 발급받은 경우 2차 지원결정통지서 발급 전에 휴직중인지 확인해야 하나요?

A 1차 지원대상자 선정시 무급육아휴직자로서 지원결정통지서를 발급받은 경우 2차지원결정통지서 발급전에 무급휴직중인지 반드시 확인하고, 휴직 중이 아닌 경우 지원기준에 부합하는지 재심사

Q 23. '12년 휴직(부인)으로 소득없음을 인정받고 남편건강보험료 기준으로 1차 지원 받은 후 '14년 3월 휴직한 부인이 복직한 경우, 2차 지원결정통지서 받을 수 있나요?

A 부인이 현재 복직을 했으므로 부인의 현재 건강보험료와 남편 건강보험료 합산 기준이 맞을 경우 지원 결정하면 됨. 신청일기준 전월 건강보험료 고지금액을 기준으로 하므로 부인은 무급휴직자를 적용하여 남편건강보험료 기준으로 지원 결정함

Q 24. 지원결정통지 후 시술은 받지 않은 상태에서 자연임신이 된 경우 철회하고 추후 지원하면 되는 건가요?

A 지원결정통지서 유효기간(3개월) 이후 자동 소멸되므로 별도의 철회 없이 추후 새로이 신청가능 함

다. 신청 접수

Q 1. 부부 주소지 다른 경우 신청 장소

A 부인 주소지 관할 시·군·구 보건소에 신청해야 됨

Q 2. 부인(외국인·A주소)과 남편(한국인·B주소)주소지가 각각 다를 경우 난임부부 신청을 어디에 해야 하나요?

A 배우자가(부인 또는 남편) 외국인일 경우는 주민등록번호가 있는 자(한국인)의 주소지에 난임부부지원 신청을 하여야 합니다.

* 다만, 부득이 사업 및 직장 등의 이유로 실질적 거주지가 주민등록번호의 주소지가 아닌 타 지역에서 난임시술을 받을 경우 관계서류 확인 후 신청가능
* 부부 모두 한국인일 경우는 부인 주소지로 신청하는 것이 원칙임.

Q 3. A지역보건소에서 지원결정통지서 발급 후 타 지역으로 전출입 재신청해야 하는지?

A 재신청하지 않아도 됨. A보건소에서 발급한 지원결정통지서로 가능

**Q 4. 1, 2차지원대상자가 외국인으로 주민번호가 6번으로 사용하다가 국적취득으로 인해서 주민번호를 취득함.
3차지원 신청시 어떻게 기입을 해야 될지 문의**

A 현재 주민번호로 기입하여 지원결정통지서 발급하면 됨

Q 5. 1차 난임치료 지원신청시 의료급여 수급자였다가 2차 난임 치료 지원 신청시 건강보험가입자가 됨.
이 경우 2차 난임치료 지원 신청시 서류제출 해야 하나요?

A 제출. 시술비 지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격을 조사해야 함

Q 6. 1차 난임부부 지원받고 이혼함.
재혼후 난임부부 신청시 신규와 동일한 서류 제출해야 하나요?

A 네. 진단서 포함하여 제출해야 합니다.

Q 7. 체외수정시술 진단서 제출시 인공수정시술기관으로만 지정된 의료기관에서 체외수정시술 진단서를 받아 제출해도 되는지?

A 인공수정 시술시관으로만 지정된 의료기관이기 때문에 체외수정시술 진단서 발급을 인정할 수 없음.

Q 8. 과거에 인공수정 지원 1회 후 체외수정시술 신청시 신청서류 별도로 받아야 하는지?

A 각각의 사업이므로 별도 신청

Q 9. 난임부부 신청시 관련 구비서류(신청인 신분증 포함) 모두 작성해서 가지고 왔을 경우 대리신청(시부모, 친정부모)이 가능한가요?

A 가능. 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서 등)를 제출하여야 합니다.

Q 10. 오래전에 지원결정통지서를 발급받고 1차 시술 받지 않아서 재신청 대상인데 난임진단서를 다시 제출해야하나요(난임 진단서의 유효기간)?

A 난임 진단서는 1차 신청시 제출한 내용을 최종 지원시까지 갈음함

Q 11. 난임부부 지원사업 개인정보 제공동의서 제출은 신규나 기존 대상자 모두 받아야 하나요?
기존대상자의 가족동의는 언제 가족 기준으로 받아야 하나요?

A 개인정보보호법 시행에 따라 제출 받아야 하므로 신규 뿐 아니라 기존 대상자도 개인정보 제공 동의서 받아야 함. 가족은 신청시점에 조사한 가족 기준의 동의서 제출 받으면 됨.

라. 치료기간 및 시술 허용범위

Q 1. 2차 대상자인데, 시술 중 지원결정 통지서 유효기간이 도래한 경우 시술비 지원이 되나요?

A 유효기간 내에 시술을 시작할 경우 시술비 지원 가능

Q 2. 지원결정통지서 받았으나 유효기간이 경과된 경우

A 3개월 경과시 지원신청을 다시 하여 자격재조사 후 지원결정통지서를 다시 발급 받아야 함.

Q 3. 난임부부 시술비 지원범위는?

A 요양기관에서 발급한 체외수정시술비 및 인공수정시술비 진료비 계산서·영수증 (약제비 포함)에 기재된 급여 항목 중 일부 본인부담금, 전액본인부담금 및 비급여 항목 지원

Q 4. 배아생성동의서 보관기간은?

A 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제20조제4항에서 배아생성의료기관은 동의서를 10년간 보존하여야 한다고 규정하고 있습니다.

마. 시술 및 시술비 지급

Q 1. 난임부부지원사업 시술비 지원기간은?

A 약제 투여시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지입니다.

Q 2. 체외수정 시술비 지원대상자가 임신여부 확인을 위해 혈액검사를 여러번 하게 되는 경우

A 임신여부 확인시점까지 모두 지원이 가능합니다.

Q 3. 체외수정 냉동배아 보관비용 지원가능한가요?

A 지원가능

Q 4. 난자공여시 기증자의 생식세포 채취를 위한 의료비 지원이 가능한가요?

A 난임부부 정부지원금은 시술지원신청자에 한함(기증자에 대한 시술지원 불가)

Q 5. 체외수정시술비 지원시 혈액검사하여 혈액형, 호르몬, 성병 검사들을 실시한 경우 혈액검사비용도 지원되나요?

A 시술기간에 발생되며, 건강보험이 적용되어 일부본인부담금이 발생한다면, 지원가능함.

Q 6. 지원받는 통장계좌를 남편계좌로 해도 되나요?

A 신청인이 부인이므로 부인계좌로 입금하는 것이 타당합니다. 단, 부득이 부인의 계좌로 입금하는 것이 어려울 경우 남편의 계좌로 입금하는 것은 가능합니다.

Q 7. 추가로 처방받은 유산방지주사제, 착상유도주사제도 정부 지원에 포함 되나요?

A 가능. 유산방지제, 착상유도제, 배아동결·보관비용 지원 포함됨.

Q 8. 민간단체, 직장등에서 시술비 전액을 지원받을 경우 정부지원이 가능한가요?

A 시술비 전액을 지원받았다면 정부지원금 신청이 불가 합니다.

바. 난임치료시술기관 지정

Q 1. 정부지정 난임시술기관 신청서 제출처

A 세종특별자치시 도움4로 13 보건복지부 출산정책과(정부세종청사 10동 710호)
(의료기관에서 직접 제출)

Q 2. 정부지정 난임시술기관 업데이트

A 난임시술기관 신규 지정 시 보건기관통합시스템 및 건강보험공단시스템에 반영을 위해 사회보장정보원 및 건강보험심사평가원에 지정 현황을 통보하여 업데이트하고 있습니다.

Q 3. 난임치료시술기관 지정 번호

A 체외수정의 경우 질병관리본부에서 지정받은 배아생성의료기관 지정번호와 동일한 '체외수정시술기관 지정번호'가 시스템에 반영되어 있으며, 인공수정의 경우 "지정년도-일련번호"의 형태로 지정되어 시스템에 반영되어 있음
※ 난임시술기관 확인 경로
보건복지부홈페이지→정보공개/사전정보공표→인구정책

사. 난임시술 가이드라인 개정 관련 Q&A

Q 1. 개정가이드라인 적용 기준일자는?

A 2015년 10월 1일부터 시작되는 인공/체외 수정 시술에 적용
- (진단서) '15.10.1일부터 인공/체외수정 진단서 발급하는 경우
- (시술확인서) '15.10.1일부터 시술이 시작되는 경우
- (이식배아수 적용) '15.10.1일부터 이식되는 배아 시술부터 적용
  * '15.10.1일 이전에 냉동보관중인 동결배아는 '16.3.31.까지 시술의사의 판단에 따라 종전 가이드라인 적용 가능

Q 2. 체외수정 진단서는 누가 발급해야 하나요?

A 체외수정 진단서는 정부지정 난임시술 의료기관의 시술 의사가 발급 합니다.
* 비뇨기과 의사는 정부지원 난임시술 진단서를 발급하지 않습니다.
비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받았다면, 환자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 난임시술 진단서를 발급합니다.

예시1) 비뇨기과에서 정액검사한 경우 : 시술 대상자는 비뇨기과에서 발급한 정액 검사 결과서를 정부지정 시술기관(산부인과) 시술의사에게 제출하고 시술 의사가 검토 후 판단

예시2) 비뇨기과에서 남성요인(가이드라인 5번항목) 진단서를 발급받은 경우 : 비뇨기과에서 발급한 일반 진단서를 지정 의료기관 시술의사에게 제출하고, 지정 의료기관은 여성요인에 대한 검사 후 최종 진단서 발급

Q 3. 난임기간 산정시 사실혼 상태에서의 자연임신시도 기간도 포함할 수 있나요?

A 사실혼 관계에서 자연임신을 시도하였으나 임신이 되지 않은 경우도 난임기간으로 인정합니다(피임기간은 제외).

Q 4. 여성의 자궁난관조영술(HSG)을 대체할 수 있는 검사 방법은?

A
- 시술 대상 여성이 시행한 복강경 검사 혹은 개복 검사 (Explo-laparotomy)를 통해 나팔관 통관 여부를 확인하였고 이를 진단서로 제출한 경우
- 조영 물질을 이용하여 난관 통관을 초음파로 확인하는 방법인 HyCoSy (hysterosalpingo-contrast sonograhpy)실시하여 결과를 제출한 경우.
  (초음파상 결과를 영상으로 찍어 의무 기록지에 기록하여 확인 가능토록 하여야 함)

※ 식염수만을 사용하는 난관 검사(SIS)는 인정 불가

Q 5. 여성의 자궁난관조영술 검사를 생략할 수 있는 경우는?

A 나팔관 질환 등으로 양측 나팔관을 절제한 경우 또는 나팔관 수술 후에도 양측 나팔관 폐쇄나 심한 유착으로 정상임신이 어렵다고 생각되는 경우 (의사의 소견서나 진단서를 제출)

Q 6. 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략할 수 있는 경우 추가검사는 필요 없는지?

A 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략한 경우 자궁상태 확인을 위해 자궁검사 (자궁초음파, 자궁경 등)는 반드시 실시하여야 합니다.

Q 7. 기존에 정부지원 없이 자비로 인공수정 또는 체외수정 시술을 받은 여성이 정부지원 대상자로 신규 신청할 경우 자궁난관조영술을 실시하여야 하는지?

A 기존에 자궁난관조영술 검사를 실시한 적이 있으면 기존 검사결과서를 제출하시면 인정되며, 자궁난관조영술 검사를 이행한 적이 없으면 검사를 하여야 함.

Q 8. 남성요인 난임으로 체외수정 시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 여성의 자궁난관 조영술 검사를 시행하여야 하는지?

A 자궁난관조영술 검사 대상입니다.

Q 9. 난소기능 저하의 진단 기준은?

A 아래 3가지 요인 중 2가지 이상에 해당하는 경우에 난소기능 저하로 진단하여 체외수정 시술을 지원할 수 있다.

① 난소기능 검사(Ovarian reserve test)결과 기능저하

<난소기능 검사결과 비정상 기준>

1) 초기 난포기 질식 초음파상 양측 난소에 난포 수(Antral follicle count; AFC)가 6개 이하
2) AMH 검사결과 1.0ng/mL이하
3) FSH 12mIU/ml 이상

② POR(POOR OVARIAN RESERVE)의 위험인자

- 나이 40이상, 터너증후군(Turner syndrome), FMR1 premutation, 골반염증(Pelvic infection), 난관손상(Tubal damage), 크라미디아 검사 양성(Chlamydia antibody test; +), 자궁내막종(Ovarian endometrioma), 난소 낭종 수술력 (Ovarian surgery for ovarian cysts), 항암치료

(Chemotherapy, 특히, alkylating agent), 생리주기가 짧아짐
(Shortening of the menstrual cycle) 등

③ POR(POOR OVARIAN RESPONSE) 과거력

- 3개 미만의 growing follicles로 인하여 cycle이 취소되거나, 혹은 적어도 하루에 150 IU FSH 이상을 적용한 ovarian stimulation protocol 에서 3개 이하의 oocytes가 얻어지는 경우.

* 예시1) AMH 검사결과 0.6ng/mL이하이면서, POR위험인자로 터너증후군인 자

** 예시2) FSH 12 mIU/ml 이상이면서, POR과거력에서 난자가 3개 이하로 얻어진 경우

Q 10. 최대 이식배아 수의 여성 연령에 대한 판단 기준은?

A 배아 이식 여성의 연령 판단은 배아 이식일을 기준으로 주민등록상의 생년월일과 만나이를 기준하여 판단합니다.

Q 11. 35세 이상의 여성이 동결배아를 해동하여 이식할 경우 배양 일수가 다른 배아를 함께 이식할 경우 최대 이식배아 수는?

A 배양일 기준 5~6일 배아와 2~4일 배아를 함께 이식할 경우에는 5~6일 배아의 이식 수 기준을 준용합니다.

* 예시) 여성연령 35세 이상, 보존중인 동결배아(5~6일 배양배아 1개, 2~4일 배양배아 4개) 일 경우 최대 이식 배아 수

- (5~6일 배양 배아 1개 + 2~4일 배양배아 1개 = 최대 2개) 또는 (2~4일 배양 배아 최대 3개) 이식 가능

Q 12. 체외수정 시술 확인서의 생성배아 수의 기준은?

A 생성 배아수는 수정된 모든 배아 수를 기재합니다.

Q 13. 체외수정 시술확인서상 배아 생성 현황의 “정상 배아”와 “비정상 배아”의 판별 기준은 무엇인지?

A 정상배아는 2pn(two pronuclear)으로만 한정합니다. 기타 0pn, 1pn, 3pn, multi pn 등 2pn 이외는 비정상 배아로 판정합니다.

* 0pn 이라함은 수정확인 시점에서 전핵이 확인 되지 않고 전핵 형성 전이거나, 전핵이 소멸된 뒤 수정확인이 이루어진 것으로 보여지며, 수정확인이 되지 않은 상태에서 분열을 진행하여 형성된 배아를 말함.

Q 14. 체외수정 시술 적응증에 해당하는 착상전 유전진단의 기준?

A 생명윤리법시행령 제21조 별표3 및 보건복지부 고시에 의거 배아를 대상으로 유전자 검사할 수 있는 유전질환이 있는 경우(Preimplantation genetic diagnosis, PGD)에 한 합니다
* 착상 전 유전 선별검사 (Preimplantation genetic screening, PGS)는 체외수정 시술 적응증에 해당하지 않음.

Q 15. 체외수정 진단서 상 난임의 원인이 '원인불명 난임'인 경우 체외수정 필요사유 부분은 어떻게 선택할 수 있는지?

A 원인불명 난임으로 진단된 경우 체외수정 필요사유의 '3.원인불명 난임'을 선택하거나, 2-2 배란유도 기왕력, 2-3 인공수정 기왕력이 있는 경우도 선택 가능합니다

Q 16. 체외수정 가이드라인의 남성요인(5번 항목) 진단서는 어디서 발급하는지?

A 남성요인(5번 항목)에 대한 진단서는 비뇨기과에서 발급합니다.
시술 대상자는 비뇨기과에서 발급받은 일반 진단서를 난임시술 지정 의료기관의 시술의사에게 제출하여야 합니다
* 비뇨기과에서 발급하는 진단서는 정부 지정 진단서 양식이 아닌 일반 진단서 양식으로 발급하시면 됩니다.

Q 17. 비뇨기과에서 남성 요인(체외수정 가이드라인 5번항목)으로 진단받은 경우 정액검사가 필요한지?

A 비뇨기과에서 체외수정 가이드라인 남성 요인 (제 5항목)으로 진단받아 진단서를 제출한 경우 정액검사를 생략할 수 있음
* 단 비뇨기과의 남성요인 진단서 발급 날짜를 정액검사 날짜로 대체하여 기재.

Q 18. 정액검사결과서의 유효기간은?

A 인공수정 및 체외수정 진단서 발급 일자 기준 6개월 이내 검사결과서로 인정

Q 19. 남성 측 난임요인은 어떻게 진단하나요?

A
- 첫번째로 시행한 정액검사에서 2010년도 WHO 기준에 따라 정자의 수(정자밀도)나 운동성에 이상이 있는 경우 2~7일의 금욕기간을 가진 후 정액검사를 반복합니다.
- 반복 정액검사에서도 이상이 있는 경우 신체검사를 시행하여 정계정맥류 유무를 확인해야 합니다.

Q 20. 남성검사 결과 어떤 경우에 비뇨기과로 의뢰해야 하나요?

A ① 반복 시행한 정액검사에서 정자의 수나 운동성에 이상이 있으며 신체검사에서 정계정맥류가 확인된 경우 비뇨기과로 의뢰하여야 합니다. 단, 아래 요건에 해당하는 경우 정계정맥류제거술 없이 보조생식술을 시행할 수 있습니다.

• 여성 연령 35세 이상 • 양측난관 폐색, 난소기능 저하 등 보조생식술을 시행하여야 하는 여성요인이 있는 경우

② 정액검사에서 무정자증인 경우 비뇨기과로 의뢰해야 합니다.

Q 21. 정액검사 결과 정액에 문제가 있어 보조생식술이 필요할 경우 진단서에 어떻게 기재해야 하는지?

A ① 난임의 원인으로 '남성요인' 선택
* 시술의사는 인공수정 또는 체외수정 시술 여부 판단
② 시술방법 결정
- 인공수정 시 (필요 사유 2번 남성요인 선택 후 2-1 선택, 여백에 상세사유 기재)
- 체외수정 시 (필요 사유 1번의 1-5기타 선택 후 상세사유 기재)

Q 22. 남성요인의 정관절제술 후 상태(5-2)에서 어떠한 경우에 정관문합술을 실패한 경우로 판단하는지?

A 정관문합술의 실패는 개통 실패를 의미합니다. 수술 후 3개월 이내 사정액에서 정자가 검출되지 않거나, 처음에는 정자가 검출되었으나 나중에 추가 정액검사를 시행하였을 때 사정액에서 정자가 검출되지 않는 경우를 말합니다.
- 이러한 경우 보조생식술을 시행하지 말고 재수술을 시행해야 합니다.
- 재수술을 하였음에도 불구하고 정자가 검출되지 않는 경우 (개통 실패)나 정자가 출현해도 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조생식술 시행을 권장합니다.

Q 23. 시술확인서 상 총 시술비의 기준은?

A 총 시술비는 환자가 부담하는 의료비를 파악하기 위함으로 급여부분의 일부본인부담금, 전액본인 부담금과 비급여 의료비를 합한 금액으로 기재합니다.

Q 24. 시술확인서의 투약 및 조제료의 "원외처방 부분"을 꼭 기재하여야 하는지?

A 가능한 상세히 "원외 처방 부분"을 기재해야 합니다.
* 단 시술 환자가 원외처방 영수증을 시술기관에 제시하지 않아 확인하기 어려울 경우 부분적으로 생략 가능.

Q 25. 시술확인서의 '시술기간' 및 '시술결과 임신 여부'란에 화학적 임신의 경우 초음파 검사일자를 반드시 기재해야 하는지?

A 시술확인서에 임신인 경우 초음파로 임신낭을 확인한 날짜를 시술종료일로 기재. 단, 화학적 임신의 경우는 혈액검사 결과 양성(임신)으로 나왔으나 여러번의 혈액 검사 결과 수치가 점점 떨어져 의사판단하에 초음파 검사를 하지 않았다면 '시술결과 임신 여부'란의 화학적 임신에 표시하고 '시술기간'에는 혈액검사일자를 시술종료일로 기재.
※ 화학적 임신의 경우 혈액검사 결과 양성인 상태로 수치의 변화가 없어 자궁내의 상태를 확인하기 위해 초음파를 실시하는 경우는 '시술 결과 임신여부'란에 화학적 임신에 체크하고 '시술기간' 에는 초음파 검사일자를 시술종료일로 기재

〈서식 1〉 신청자제출용

체외수정시술 지원신청서

□ 신선배아 / □ 동결배아

지원신청 차수	신 청	신선 : □1차/ □2차/ □3차/ □4차 동결 : □1차/ □2차/ □3차
	재신청	신선 : □1차/ □2차/ □3차/ □4차 동결 : □1차/ □2차/ □3차

지원보건소	1차 :	2차 :	3차 :	4차(신선) :
본인 성명		주민등록번호		
		국 적		
배우자 성명		주민등록번호		
		국 적		
주 소	(E-mail :)			
배우자 거주지	(E-mail :)			
연 락 처	자 택	본인휴대폰	배우자휴대폰	

건강보험 가입구분	본인	□ 지역 □ 직장	배우자	□ 지역 □ 직장
가구원수 및 건강보험료	가구 원수	명	건강보험료 고지금액 (합산금액)	원
의료보장	□ 기초생활보장수급자(의료/생계/주거/교육) 및 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인) □ 건강보험가입자(□직장/ □지역/ □혼합(직장+지역))			

※ 허위 기재시 지원대상 제외 및 의료비 지급시 환수조치됨
※ 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대한 보건소의 확인 질문에 성실히 응답할 의무가 있음

※ 붙임서류 :

1. 진단서(체외수정시술 신청용) 원본 1부(1차 신청시에만 제출)
   * 난임진단서는 '정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사'에게 발급받아 제출해야 함
2. 건강보험증 사본 1부(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드사본 첨부)
3. 건강보험료 납부확인서상의 고지금액, 급여명세서 (원본 대조필) 1부(단, 맞벌이부부일 경우 부부 첨부)
   - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
4. 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있을 경우 가족관계증명서 1부 제출)
   * 2~4호의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략)
5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 맞벌이 사실 증명 서류 필요시 제출
6. 난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

위 기재사항 중 허위 사항이 있을 경우 지원대상에서 제외 및 의료비 지급시 환수 조치에 동의하며, 위와 같이 체외수정시술비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명)

시·군·구 보건소장 귀하

※ 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

〈서식 1-1〉 신청자제출용

인공수정시술 지원신청서

<table>
<tr><td rowspan="2">지원신청 차수</td><td colspan="6">신 청 □1차 / □2차 / □3차</td></tr>
<tr><td colspan="6">재신청 □1차 / □2차 / □3차</td></tr>
<tr><td>지원보건소</td><td colspan="2">1차 지원 : 보건소</td><td colspan="2">2차 지원 : 보건소</td><td colspan="2">3차 지원 : 보건소</td></tr>
<tr><td rowspan="2">본인 성명</td><td rowspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>국적</td><td></td><td>결혼연령</td><td colspan="2">만 세</td></tr>
<tr><td rowspan="2">배우자 성명</td><td rowspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>국적</td><td></td><td>결혼연령</td><td colspan="2">만 세</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="6">(E-mail :)</td></tr>
<tr><td>배우자 거주지</td><td colspan="6">(E-mail :)</td></tr>
<tr><td>연 락 처</td><td colspan="2">자택</td><td colspan="2">본인휴대폰</td><td colspan="2">배우자휴대폰</td></tr>
<tr><td>건강보험 가입구분</td><td>본인</td><td colspan="2">□지역 □직장</td><td>배우자</td><td colspan="2">□지역 □직장</td></tr>
<tr><td>가구원수 및 건강보험료</td><td>가구원수</td><td colspan="2">원</td><td>건보료 고지금액 (총 합산금액)</td><td colspan="2">원</td></tr>
<tr><td>의료보장</td><td colspan="6">□ 기초생활보장수급자(의료/생계/주거/교육) 및 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인)
□ 건강보험가입자(□직장/ □지역/ □혼합(직장+지역))</td></tr>
</table>

※ 허위 기재시 지원대상 제외 및 의료비 지급시 환수조치됨
※ 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대한 보건소의 확인 질문에 성실히 응답할 의무가 있음

※ 붙임서류 :

1. 진단서(인공수정시술 신청용) 원본 1부(1차 신청시에만 제출)
   * 난임진단서는 '정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사'에게 발급받아 제출해야 함
2. 건강보험카드 사본 1부(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드사본 첨부)
3. 건강보험료 납부확인서상의 고지금액, 급여명세서(원본대조필) 1부(단, 맞벌이부부일 경우 부부 첨부)
   - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
4. 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있을 경우 가족관계증명서 1부 제출)
   * 2~4호의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략)
5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 맞벌이 사실 증명 서류 필요시 제출
6. 난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

위 기재사항 중 허위 사항이 있을 경우 지원대상에서 제외 및 의료비 지급시 환수 조치에 동의하며, 위와 같이 인공수정시술비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명)

시·군·구 보건소장 귀하

※ 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ○ 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
- ○ 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
- ○ 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
- ○ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
- ○ 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용(시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
- ○ 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
- ○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
- ○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
- ○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
- ○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
- ○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- ○ 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- ○ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
- ○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "시술비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관 계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모

※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.

〈서식 2〉 신청자제출용 (앞면)

진 단 서 (체외수정시술 지원 신청용)

<table>
<tr><td rowspan="4">수진자
성명</td><td rowspan="2">아 내</td><td rowspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">남 편</td><td rowspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">난임의 원인</td><td colspan="3">☐남성요인 ☐배란요인 ☐자궁요인 ☐난관요인 ☐복강요인
☐원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) ☐ 기타( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">필수검사 시행
(모두 체크)</td><td colspan="3">☐ 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자 : 년 월 일)
※ 정액검사 예외 ☐ 5번 남성요인 항목에 대한 비뇨기과 진단서 별도 제출한 경우
(진단서 발급일자 : 20 년 월 일)
☐ 자궁 및 난관검사(검사일자 : 년 월 일)
▪ 검사방법 ☐HSG, ☐HyCoSy, ☐복강경 검사 ☐개복수술력
※ 난관검사 예외 ☐ 양측나팔관 폐쇄 또는 절제, 심한 유착으로 인한 나팔관 기능 부전 진단서를 제출하여 나팔관 검사 없이 자궁 검사만 실시한 경우
(자궁 검사명 : , 검사일자 : 20 년 월 일)
☐ 정상 배란 유무 (검사일자 : 년 월 일)
* 기타검사(☐ 진단복강경, ☐ 자궁내시경검사, ☐ 호르몬검사)</td></tr>
<tr><td colspan="2">필수검사 결과
의학적 소견
(타기관 검사포함)</td><td colspan="3">① 정액 검사 ☐ 정상 ☐ 이상
② 자궁난관 검사 ☐ 정상 ☐ 이상
③ 배란 기능 ☐ 정상 ☐ 이상</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">체외수정 필요사유
(의학적 기준 가이드라인)
* 중복 선택 가능</td><td colspan="3">1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우
☐ 1-1 양측 난관 폐쇄 (피임시술로 인한 폐색 제외) ☐ 1-2 중증 자궁내막증
☐ 1-3 난소기능저하 ☐ 1-4 착상전 유전진단이 필요한 경우
☐ 1-5 기타 (상세 사유 :)</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. 체외수정시술 이외 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우
☐ 2-1 난관 성형술 기왕력 ☐ 2-2 배란 유도 기왕력 ☐ 2-3 인공 수정 기왕력
☐ 2-4 기타 (상세 사유 :)</td></tr>
<tr><td colspan="3">3 원인 불명 난임(정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견)
☐ 3-1-1 여성연령 35세 미만이나 3년 이상 임신되지 않은 경우
☐ 3-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이나 1년 이상 임신되지 않은 경우</td></tr>
<tr><td colspan="3">5. 남성 요인
☐ 5-1 저성선자극호르몬성 성선기능저하증 진단 후 24개월 이상 호르몬 치료한 경우
☐ 5-2 정관절제술에 대한 수술적 치료 후 지속되는 난임
☐ 5-3 정계정맥류 진단 치료 후 1년 이상 지속되는 난임
☐ 5-4 폐쇄성 무정자증 진단 및 수술적 치료 후 지속되는 난임
☐ 5-5 비폐쇄성 무정자증 진단 후 고환 조직 검사에서 정자가 발견된 경우</td></tr>
<tr><td colspan="2">임신시도 기간
(피임기간제외)</td><td colspan="3">☐ 1년 ~2년 ☐ 2년 ~ 3년 ☐ 3년 이상</td></tr>
<tr><td colspan="2">이전 보조생술 이행 여부
(타병원 시술 포함)</td><td>☐ 있음
▪ 인공수정( )회, ▪ 체외수정( )회</td><td colspan="2">☐ 없음</td></tr>
<tr><td>체외수정
시술기관
지정번호</td><td></td><td>의료
기관명</td><td></td><td>전화</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td><td>FAX</td><td></td></tr>
</table>

위와 같이 확인합니다.

20 년 월 일

의사면허번호 :

전문의자격번호 : 과 번

담당의사 : (서명) 기관명 : (직인)

시·군·구 보건소장 귀하

체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, '15.10.1. 시행)

1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우

1.1. 양측 난관 폐색 (피임시술로 인한 인공 폐색 제외)
1-2. 중증 자궁내막증
1-3. 난소기능 저하
1-4. 착상전 유전진단이 필요한 경우
1-5. 기타 : 상세사유 기입

2. 체외수정시술 이외의 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

2-1. 난관성형술 기왕력
2-2. 배란유도 기왕력
2-3. 인공수정 기왕력
2-4. 기타 : 상세 사유 기입 요함

3. 원인불명 난임

3-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

3-1-1. 3년이상 임신이 되지 않은 경우
단, 부인연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우

〈검사 기준〉

- ▸ 배란기능 : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙 적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▸ 자궁강 및 난관검사 : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 한다
- ▸ 정액검사 정상기준(WHO, 2010) : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

4. 이식할 최대배아 수('15.10월 시행)

연령별	5~6일 배양 후 (Blastocyst)	2~4일 배양 후 (Cleavage-stage embryos)
35세 미만	1개	2개
35세 이상	2개	3개

※ 동결배아를 해동하여 이식하는 경우에도 동일한 기준 적용

5. 남성요인

5-1. 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증

① GnRH, hCG/hMG 등의 호르몬치료가 보조생식술 적용에 우선 시행되어야 한다.

② 최소한 24개월간 호르몬치료를 지속하며 정액검사 지표의 향상과 임신 여부를 주기적으로 관찰해야하며 이 기간 중 자연임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

5-2. 정관절제술(vasectomy) 후 상태

① 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

② 수술후 3개월내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년이내 임신이 되지 않은 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

③ 정관문합술이 불가하다는 비뇨기과 전문의 진단서가 있을 경우

5-3 정계정맥류 (varicocele)

① 정액검사에서 이상 소견 (정자의 수, 운동성 저하 또는 형태 이상)이 있고 정계 정맥류가 확인된 경우 보조생식술에 앞서 정계정맥류제거술이 시행되어야 한다.

② 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나, 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조 생식술을 시행할 수 있다.

5-4. 폐쇄성 무정자증 (obstructive azoospermia)

① 폐쇄성 무정자증이 의심되는 경우 (외성기 신체검사 상 정상인 무정자증) 고환생검을 반드시 시행해야 하며, 정상적인 정자생산기능이 확인되면 보조생식술 시행에 우선하여 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 치료가 시행되어야 한다.

- 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우는 진단서 등에 의사의 소견(사유 및 내용)을 상세히 기록하여야 한다. 단, 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증이란 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말한다

② 부고환 폐쇄가 의심되면 부고환정관문합술이 우선 시행되어야 한다.

- 부고환정관문합술 후 최소한 6개월까지 사정액 내 정자의 출현 유무를 관찰해야 한다.
- 부고환정관문합술 시도 중 정자를 발견하지 못한 경우 즉시 보조생식술을 시행할 수 있다.
- 성공적인 부고환정관문합술 후 6개월 이내에 사정액 내 정자가 출현하지 않거나, 정자가 출현하였으나 수술 후 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

③ 사정관 폐쇄에 의한 무정자증이 의심되는 경우 (소량의 산성 정액) 정확한 진단을 위하여 경직장초음파검사 또는 정관촬영술을 시행하여야 하며 사정관 폐쇄가 확인된 경우 사정관의 경요도절제술이 우선 시행되어야 한다.

5-5. 비폐쇄성 무정자증

① 비폐쇄성 무정자증의 경우 고환 조직검사에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능할 경우 보조생식술 시행 가능

〈서식 2-1〉 신청자제출용 〈앞면〉

진 단 서(인공수정시술 지원신청용)

<table>
<tr><td rowspan="4">수진자 성명</td><td>아내</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>연락처</td><td></td></tr>
<tr><td>남편</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>연락처</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">난임 원인</td><td colspan="3">☐ 남성요인 ☐ 배란요인 ☐ 자궁요인 ☐ 난관요인 ☐ 복강요인
* 복수 선택 가능
☐ 원인불명 (원인 불명의 경우, 위의 요인 선택 불가)</td></tr>
<tr><td colspan="2">필수검사 시행
(모두 체크)</td><td colspan="3">☐ 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자 : 년 월 일)
☐ 자궁 및 난관검사 (검사일자: 년 월 일)
■검사방법 : ☐HSG, ☐HyCoSy, ☐복강경 검사 ☐개복수술력
☐ 정상 배란 유무 (검사일자 : 년 월 일)
* 기타검사(☐ 진단복강경, ☐ 자궁내시경검사, ☐ 호르몬검사)</td></tr>
<tr><td colspan="2">필수검사 결과
의학적 소견
(타기관 검사포함)</td><td colspan="3">① 정액 검사 ☐ 정상 ☐ 이상
② 자궁난관 검사 ☐ 정상 ☐ 이상
③ 배란 기능 ☐ 정상 ☐ 이상</td></tr>
<tr><td colspan="2">인공수정 필요 사유
(의학적 기준
가이드라인)</td><td colspan="3">1. 원인불명 난임 (정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견)
☐ 1-1-1 여성연령 35세 미만이면서 1년 이상 자연임신 되지 않은 경우
☐ 1-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이면서 6개월 이상 자연임신 되지 않은 경우
2. 남성요인
☐ 2-1 정계정맥류가 없는데도 정액 검사 이상 소견 확인
☐ 2-2 사정 장애 등 기타 이유( )
3. 자궁내막증
☐ 3-1 자궁내막증 수술 후 자연임신 시도 6개월 이상 경과
☐ 3-2 임상적으로 의심되는 자궁내막증을 동반하면서 자연임신 시도 1년 이상 경과
4. 기타사유(정자공여 등) ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">임신 시도 기간
(피임기간 제외)</td><td colspan="3">☐ 6개월 ~ 1년 ☐ 1년 ~ 2년 ☐ 3년 이상</td></tr>
<tr><td colspan="2">이전 보조생식술 이행 여부
(타병원 시술 포함)</td><td colspan="2">☐ 있음
■ 인공수정( )회, ■ 체외수정( )회</td><td>☐ 없음</td></tr>
<tr><td>인공수정
시술기관
지정번호</td><td></td><td>의료
기관명</td><td></td><td>전화
FAX</td><td></td></tr>
</table>

위와 같이 확인합니다.

20 년 월 일

의사면허번호 :

전문의자격번호 : 과 번

담당의사 : (서명) 기관명 (직인)

시·군·구 보건소장 귀하

* 진단의사는 난임진단 전 여성의 배란기능을 검사하고 반드시 자궁 및 난관 검사결과 및 남성의 정액검사결과지를 확인한 후 진단서를 발급하여야 함

인공수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, 15.10.1. 시행)

1. 원인불명 난임

1-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

1-1-1. 1년이상 자연임신이 되지 않은 경우
단, 부인연령이 35세 이상인 자는 6개월 이상 자연임신이 되지 않은 경우

〈검사 기준〉

- **배란기능** : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- **자궁강 및 난관검사** : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사(HSG) 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함
- **정액검사 정상기준**(WHO, 2010) : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

2. 남성 요인

2-1. 정계정맥류가 없다는 신체검사 확인 후 2010년 세계보건기구(WHO) 기준 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

2-2. 사정장애 등 기타 남성불임의 경우

* 진단서에 인공수정이 필요한 상세사유 반드시 기입

3. 자궁내막증

3-1. 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월이상 경과된 경우

3-2. 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서, 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

4. 기타 사유 : 상세 사유 기입

〈서식 3〉 보건소용

일련 번호 2019-○○○호

체외수정시술 지원결정통지서

발급일자
20 . . .

<table>
<tr><td rowspan="2">주 소</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td rowspan="2">연락처</td><td>(자택)</td></tr>
<tr><td>(휴대폰)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">성 명</td><td>부인</td><td></td><td>생년월일</td><td colspan="2">년 월 일</td></tr>
<tr><td>남편</td><td></td><td>생년월일</td><td colspan="2">년 월 일</td></tr>
<tr><td>지원
한도액</td><td colspan="3">□ 50만원</td><td>지원차수</td><td>신선배아 : □1차 □2차 □3차 □4차
동결배아 : □1차 □2차 □3차</td></tr>
<tr><td>유효기간</td><td colspan="5">20 년 월 일 ~ 20 년 월 일(발급일로부터 3개월)
* 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청 필요)</td></tr>
<tr><td colspan="6">위와 같이 시술을 의뢰합니다.
시·군·구 보건소장 직인</td></tr>
</table>

〈준수사항〉

※ 지원 대상자

① 지원대상자는 원칙적으로 체외수정시술지정기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 제출하셔야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.

② 체외수정시술비는 1회 시술 한도액내에서 일부본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금에 대하여 지원이 됩니다.
【회당 지원 한도액 : 신선배아, 동결배아 이식 최대 50만원】

③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 발급일로부터 3개월이내에 시술을 시작(이하 유효기간)하지 못한 경우
* 재신청하여 자격재조사 후 반드시 ‘지원결정통지서’를 새로 발급받아 시술기관에 제출하여야 합니다.
(*유효기간이 경과한 결정통지서로 시술을 시작한 경우 당해 시술비는 지원되지 않음에 유의)

④ 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 난임치료시술지원 결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다. 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자 및 의료기관이 입증(입증 곤란시 최초 지원결정통지서 제출 시술기관의 시술비만 정부 지원 인정))

※ 지정 의료기관

① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다.

② 치료시술지정기관은 본 결정통지서를 접수하고 시술을 종료(임신결과 확인)한 후 30일 이내에 해당지역 (피시술자 거주지) 보건소에 지원대상자의 ‘난임치료 시술확인서를 반드시 첨부하시어 ‘난임치료 시술비 청구서’를 제출(치료중단 포함)하셔야 합니다.

③ 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했더라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다.

④ 부작용 등 경증 및 중등증의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원 난임치료시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다.

⑤ 난임치료시술지정기관은 정부지원 난임치료시술서비스를 제공함에 있어서 동사업의 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외됩니다.

⑥ 시술기관 정도관리를 위해 정기적으로 시행할 시술관련 전반사항에 대한 모니터링에 적극 협조하여야 합니다.

※ 지원종류 및 유효기간란은 기재후 테이핑하여 주시기 바랍니다.

〈서식 3-1〉 보건소용

일련번호 2019-○○○호

인공수정시술 지원결정통지서

발급일자
20 . . .

주 소			연락처	(자택)	
				(휴대폰)	
성 명	부인		생년월일	년 월 일	
	남편		생년월일	년 월 일	
지원 한도액	□ 50만원		지원차수	□ 1차 □ 2차 □ 3차	
유효기간	20 년 월 일 ~ 월 일까지(유효기간 시작일로부터 3개월) * 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청 필요)				

위와 같이 시술을 의뢰합니다.

시·군·구 보건소장 직인

<준수사항>

※ 지원 대상자

① 지원대상자는 원칙적으로 인공수정지원사업 시술지정기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하셔야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.

② 인공수정시술비는 1회 시술비 지원 한도액(50만원) 범위내에서 일부본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금에 대하여 지원이 됩니다.
(지원 한도액 이하인 경우 해당금액만 지원)

③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 발급일로부터 3개월이내에 시술을 시작(이하 유효기간)하지 못한 경우
* 재신청하여 자격재조사 후 반드시 ‘지원결정통지서’를 새로 발급받아 시술기관에 제출하여야 합니다.
(*유효기간이 경과한 결정통지서로 시술을 시작한 경우 당해 시술비는 지원되지 않음에 유의)

④ 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 인공수정시술지원결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다.(시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부)

⑤ 시술비 지급청구는 시술 완료후 관련서류(시술확인서 및 영수증 첨부)를 징구하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다

※ 지정 의료기관

① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다.

② 시술지정기관은 본 결정통지서를 접수하고 시술을 종료(임신결과 확인)한 후 지원대상자에게 ‘인공수정 시술확인서’ 및 ‘진료 영수증(사본)’을 발급(치료중단 포함) 하여야 합니다.

③ 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했더라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다.

④ 부작용 등 경증 및 중등증 이상의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원 인공수정시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다.

⑤ 시술기관은 정부지원 인공수정시술을 제공함에 있어 동사업 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서의 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외될 수 있습니다.

⑥ 시술기관 정도관리를 위해 정기적으로 시행할 시술관련 전반사항에 대한 모니터링에 적극 협조하여야 합니다.

※ 유효기간란은 기재후 테이핑하여 주시기 바랍니다.

〈서식 4〉 시술기관용 (앞면)

체외수정 시술확인서

일련 번호	2019 - 호		
시술 차수	신선배아 : 1차 / 2차 / 3차 / 4차 동결배아 : 1차 / 2차 / 3차		
수진자 성명 (부인)		주민등록번호	
		연락처	

건강보험 적용여부	□ 적용(미적용시 지원불가)
시술기간 [약제 투여일] → [임신반응/ 임신낭 확인일, 시술중단일]	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일
임신반응 검사일	20 년 **월 일, hCG 수치 :**
시술 결과 임신 여부	□ **자궁내 임신 (초음파** 임신낭 확인일 년 월 일) ▶ **임신낭 개수_____개 (자궁내임신시 필수)** **※ 임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨**
	□임신실패 □자궁외 임신 □화학적임신 □치료도중 자연임신 □기타 : _____
시술 중단	□자연임신 □OHSS □의학적판단(사유 :) □의학적판단 외 개인사정 □수정실패

시술 비용 (단위 : 원)

총 시술비 (원)	진찰료	투약 및 조제료 (원외처방포함)	주사료	마취료 및 처치,시술료	검사료	초음파 진단료	기타	**정부지원금 (원)**

체외수정 시술기관 지정번호		**의료 기관명**		**전화**	
				FAX	

위와 같이 정부지원 체외수정시술을 시행하였음을 확인합니다.

20 년 월 일

의사면허번호 : _____**번** **전문의자격번호 :** _____**과** _____**번**

담당의사 : _____(서명 또는 날인) **시술기관대표 :** _____ (직인)

시·군·구 보건소장 귀하

(뒷면)

시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)

2. 건강보험이 적용되는 시술에 대해서만 지원이 가능합니다. 건강보험 지원 여부를 표시하여주시기 바랍니다.(난자 미채취로 시술차수가 차감되지 않은 경우 지원 불가합니다.)

3. 시술 기간의 시작일은 약제 투여 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor, estradiol valerate 등 과배란유도 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.(시술 기간의 시작일은 지원결정통지서 발급일과 같지 않아도 되나, 정부지원금은 통지서 발급일 이후 발생한 비용부터 지원 가능합니다.)

4. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우(자궁외임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.

5. 임신반응검사 : 배아이식 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 혈중 β-hCG 수치를 기입합니다.

6. 임신여부 : '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 화학적 임신, 즉 혈액 검사로는 임신반응이 양성이었으나 임신낭을 확인하지 못한 경우 '화학적 임신'란에 표시하시기 바랍니다. '자궁내 임신'인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다.

7. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.

8. 체외수정시술기관 지정번호 : 체외수정시술기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정시술지정기관 코드를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

9. 총 시술비용은 일부본인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다.

〈주의〉 시술 확인서 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.

10. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

〈서식 4-1〉 시술기관용

인공수정 시술확인서

일련 번호	2019 - 호		
시술 차수	1차 / 2차 / 3차		
수진자 성명(부인)		주민등록번호	
		연락처	
주 소		E-mail	
건강보험 적용여부	☐ 적용(미적용시 지원불가)		
시술명	☐ 자연주기 ☐ 배란유도(☐주사제제 단독 ☐경구제제 단독 ☐경구제 + 주사제 병용) ☐ 정자공여		
시술 결과			
시술기간	년 월 일 (약제 첫투여일 또는 월경 제3일, 통지서발급일과는 무관) ~ 년 월 일 (임신확인검사일 또는 초음파상 임신낭 확인일)		
인공수정 시술일	년 월 일		
임신반응 검사일	☐ 요검사 (년 월 일), 결과 ( ) ☐ 혈청검사 (년 월 일), 결과 ( )		
시술 결과 임신 여부	☐ **자궁내 임신** (초음파 임신낭 확인일 년 월 일) ▶ **임신낭 개수_____개 (자궁내임신시 필수)** ※ **임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨**		
	☐임신실패 ☐자궁외 임신 ☐화학적임신 ☐치료도중 자연임신 ☐기타 : _____		
시술 중단	☐자연임신 ☐OHSS ☐의학적판단(사유 :) ☐의학적판단 외 개인사정		

시술 비용 (단위 : 원)

총 시술비 (원)	진찰료	투약 및 조제료 (원외처방포함)	주사료	마취료 및 처치,시술료	검사료	초음파 진단료	기타	정부지원금 (원)

인공수정 시술기관 지정번호		의료 기관명		전화	
				FAX	

위와 같이 정부지원 인공수정시술을 시행하였음을 확인합니다.

20 년 월 일

의사면허번호 : _____ **번** **전문의자격번호 :** _____ **과** _____ **번**

담당의사 : _____(서명 또는 날인) **시술기관대표 :** _____ (직인)

시·군·구 보건소장 귀하

〈뒷면〉

시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)

2. 시술명 중 하나를 선택하여 기입해 주시기 바랍니다.

3. 건강보험이 적용되는 시술에 대해서만 지원이 가능합니다. 건강보험 지원 여부를 표시하여주시기 바랍니다.

4. 시술 기간의 시작일은 약제 투여의 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor 등 배란유도와 관련된 약제의 투여 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.

5. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우 (자궁외임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.

6. '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 자궁내 임신인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다. 자궁내 임신의 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됩니다.

7. 임신반응검사는 인공수정 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 검사종류 및 그 결과를 기입합니다.

8. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단 또는 의학적판단외 개인사정 등으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.

9. 총 시술비용은 일부본인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다

10. 기관코드 : 난임부부지원사업(인공수정시술) 지정기관 코드로서 보건복지부에서 각 시술기관에 부여한 고유번호를 말합니다. 체외수정시술 지정기관 코드가 아닙니다.

〈주의〉 시술 확인서의 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되거나 누락되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.

11. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

〈서식 5〉 시술기관용

□ 체외수정/ □ 인공수정 시술비 청구서

청구금액	금 원				
청구내역 (건수)	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중 외 _____명의 체외수정/인공수정 시술비(명단별첨)				
기 관 명			**대 표 자**		
기관주소					
전화번호			**의료기관 등록번호**		
은 행 명		**계좌번호**		**예금주**	
지연청구 사유 (1개월 이후 청구 사유)					

위와 같이 청구합니다.

20 년 월 일

청구인 (직인)

시·군·구 보건소장 귀하

※ 첨부서류 : 1. 피시술자 명단 ( )부
2. 난임치료 시술확인서( )매
3. 통장사본 1부
4. 진료 영수증
5. 일부본인부담금, 비급여 및 전액본인부담액 진료비 내역서
6. 진료상세내역서

※ 시술비 지급청구는 시술 완료후 관련서류(시술확인서 및 영수증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 시술대상자 관할 보건소로 청구하여야 합니다.

※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.

〈서식 5-1〉 시술대상자용

체외수정시술비 청구서

<table>
<tr><td>청구금액</td><td colspan="6">금 원</td></tr>
<tr><td>청구내역</td><td colspan="6">체외수정시술 지원결정통지서 발급일자 :
체외수정 시술비(외래약 처방시 처방전과 약국 영수증 첨부)</td></tr>
<tr><td>신청자</td><td>성 명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td><td>연령</td><td>만 세</td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="2"></td><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>은 행 명</td><td></td><td>계좌번호</td><td colspan="2"></td><td>예금주</td><td></td></tr>
<tr><td>지연청구 사유
(1개월 이후
청구 사유)</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

위와 같이 청구합니다.

20 년 월 일

청구인 (서명 또는 날인)

시·군·구 보건소장 귀하

※ 첨부서류 : 1. 체외수정 시술확인서 사본 1매
2. 처방전 및 약국 영수증 사본 각 1매
3. 통장사본 1부.

※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다.

※ 개인에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.

※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.

〈서식 5-2〉 시술대상자용

인공수정시술비 청구서

<table>
<tr><td>청구금액</td><td colspan="6">금 원</td></tr>
<tr><td>청구내역
(건수)</td><td colspan="6">20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중
인공수정 시술비(외래약 처방시 처방전과 약국 영수증 첨부)</td></tr>
<tr><td>신 청 자</td><td>성 명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td><td>연령</td><td>만 세</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="3"></td><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>은 행 명</td><td></td><td>계좌번호</td><td colspan="2"></td><td>예금주</td><td></td></tr>
<tr><td>지연청구 사유
(1개월 이후
청구사유)</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

위와 같이 청구합니다.

20 년 월 일

청구인 (인)

시·군·구 보건소장 귀하

※ 첨부서류 : 1. 인공수정 시술확인서 사본 1매
2. 처방전 및 약국 영수증 사본 각 1매
3. 통장사본 1부.

※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다.

※ 개인에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.

※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.

〈서식 6〉 시술기관 비치용

체외수정시술 기록지

■ 병원명 :
■ 담당의 :

■ 환자이름		■ 병록번호	
■ 주민등록번호		■ 전화번호	

■ 난임원인

■ 시 술 명

■ 적 응 증 1. 2.

Date										
MCD#	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
Medication										
( )										
( )										
LH/FSH										
E2										
U/S : Right										
Left										
Endometrium										
C.M										
Date								* Remark		
MCD#	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#17			
Medication										
( )										
( )										
LH/FSH										
E2										
U/S : Right										
Left										
Endometrium										
C.M										

■ 체외수정 시술 결과

OPU		ET		Banking	
Date		Date		Date	
No.		No.		No.	

■ Pregnancy Follow up

Date	B-HCG	Sono finding	other

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 30일

의료기관	명칭	전화번호
	소재지	
	종류 [ ] 의원 [ ] 병원 [ ] 종합병원	
	신고(허가)번호	

기관의 장 (대표자)	성명	전화번호
	주소	
	면허번호(법인등록번호)	생년월일

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자) (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 「의료법 시행규칙」 제25조제3항에 따른 의료기관 개설신고증명서 사본 또는 같은 법 시행규칙 제27조제3항에 따른 의료기관 개설허가증 사본 2. 시설·장비 및 전문인력의 명세서 3. 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 : 신청인(기관의 장) (서명 또는 인)

처리 절차

신청서 작성	→	검토 (현지확인)	→	접수 및 검토	→	결재	→	지정서 발급
신청인		처리기관 (보건소)		처리기관 (보건복지부)		처리기관 (보건복지부)		처리기관 (보건복지부)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉 (앞쪽)

자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서

의료기관	명칭		기관의 장 (대표자)
	소재지		전화번호
확인자	소속		직급
	성명		
1. 시설 현황			
1) 진료실	☐ 있음	☐ 없음	일반진료실
2) 독립적인 공간의 정액채취실	☐ 있음	☐ 없음	정액채취실의 경우 다른 용도의 방과 같이 사용하지 않아야 함
2. 장비 현황			
1) 초음파기기	☐ 있음	☐ 없음	작동여부 확인
2) 현미경	☐ 있음	☐ 없음	작동여부 확인
3) 정액검사장비(세포계수기)	☐ 있음	☐ 없음	작동여부 확인
4) 정자분리장비(원심분리기)	☐ 있음	☐ 없음	작동여부 확인
3. 전문인력 현황			
1) 의사인력	☐ 산부인과 전문의(명) ☐ 전문의(명) ☐ 일반의사(명)		
2) 간호인력	☐ 간호사(명) ☐ 간호조무사(명)		

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제4항에 따라 위와 같이 자궁내 정자주입 시술 의료기관 현지확인 의견서를 통보합니다.

년 월 일

보건소장 직인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

<table>
<tr><td colspan="2">구 분</td><td colspan="7">현 황</td></tr>
<tr><td colspan="2">시설현황</td><td colspan="7">☐ 진료실 ☐ 정액채취실 ☐ 기타 ( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">장비현황</td><td colspan="7">☐ 초음파기기 ☐ 현미경 ☐ 정액검사장비 ( )
☐ 정자분리장비 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="8">전문
인력
현황</td><td>구 분</td><td>성 명</td><td>생년월일</td><td>면허번호
또는
자격번호</td><td>산부인과 전문의
자격번호</td><td>채용일자</td><td>전화번호
(E-mail)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">의 사</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">간호사</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">간호
조무사</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">기 타</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">정액검사방법</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">정자처리방법</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">특기사항</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">담당자 확인</td><td>관할
보건소</td><td></td><td>직급</td><td></td><td>확인자</td><td>(서명 또는 인)</td></tr>
</table>

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 30일

의료기관	명칭	전화번호
	소재지	
	종류 [ ] 의원 [ ] 병원 [ ] 종합병원	
	신고(허가)번호	
배아생성 의료기관 지정	지정번호	지정일자 년 월 일
기관의 장 (대표자)	성명	전화번호
	주소	
	면허번호(법인등록번호)	생년월일

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제5항에 따라 위와 같이 신청합니다.

[ ] 같은 법 시행규칙 제8조제6항에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관의 지정을 함께 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자) (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제4항에 따른 배아생성의료기관 지정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 : 신청인(기관의장) (서명 또는 인)

처리 절차

신청서 작성	→	접수	→	검토	→	결재	→	지정서 발급
신청인		처리기관 (보건복지부)		처리기관 (보건복지부)		처리기관 (보건복지부)		처리기관 (보건복지부)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의4서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉 (앞쪽)

제 호

난임시술 의료기관 지정서

[ ]자궁내 정자주입 시술 [ ]체외수정 시술

○ **기관의 명칭** :

○ **기관의 소재지** :

○ **기관의 장 성명** :

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제8항에 따라 위와 같이 난임시술 의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관 직인

210mm×297mm[백상지(150g/㎡)]

(뒤쪽)

변경사항 등			
연 월 일	내 용	확인자	서명

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의5서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

난임시술 의료기관 변경신고서
[ ]자궁내 정자주입 시술 의료기관 [ ]체외수정 시술 의료기관

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 7일

신고기관	명칭	지정번호
	기관의 장 성명	전화번호
	소재지	

변경사항	항목	변경 전	변경 후	사유

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 변경신고합니다.

년 월 일

신고인(기관의 장) (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 난임시술 의료기관 지정서 원본 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음

처리 절차

신고서 작성	→	접수	→	검토	→	확인
신고인		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

정부지원 시술(체외수정, 인공수정)기관 지정 조건 및 유의사항

① 정부에서 제공하는 '난임부부 지원사업 가이드라인'을 준수하고 정부에서 제공하는 '양식'을 사용할 것

② 난임시술 전 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실있는 시술이 이루어지도록 할 것

③ '난임치료시술 지원결정 통지서'를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것

- 일반환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
- 일반환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것
- 난임지원사업에 대한 환자의 질문에 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해 줄 것
- 병원에 반드시 '정부지원 시술기관'에 대한 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보에 참여할 것

④ 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것

⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링에 협조할 것

- 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것
- 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 중앙심의위원회와 협의 후 일부 제한적 공개도 가능

⑥ 시술확인서 및 시술비 청구서 작성 시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것

⑦ 주소이전, 명칭변경, 대표자변경 등 변경사항이 발생한 경우 반드시 보건복지부 (출산정책과)로 보고할 것

⑧ "생명윤리 및 안전에 관한 법률"상 허용하는 범위 내에서 정부지원 대상자의 시술을 할 것

* 인공수정시술의 경우, 시술기관 비치용 "인공수정시술 기록지"는 각 병원의 고유양식이 있을 경우 고유양식을 사용하고 고유양식이 없을 경우, 별도 '인공수정시술 기록지'를 만들어 기록·관리 할 것

⑨ 지정 조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음

⑩ 기타 정부지원사업의 변동시도 시술비 청구 및 지정조건을 준수할 것

〈표 1〉

2019년도 사업예산

○ 회 계 명 : 국민건강증진기금
○ 보조사업명 : 모자보건사업 난임부부지원 (2500-2535-302)
○ 기준보조율 : 서울 30%, 지방 50%
○ 보 조 구 분 : 지자체 경상보조
○ 시·도별 내역

(단위 : 천원)

시·도명	사 업 비		
	소 계	국고보조금	순지방비
계	40,404,300	18,444,000	21,960,300
서 울	8,790,700	2,637,200	6,153,500
부 산	2,302,600	1,151,300	1,151,300
대 구	1,859,400	929,700	929,700
인 천	2,455,200	1,227,600	1,227,600
광 주	1,181,200	590,600	590,600
대 전	987,200	493,600	493,600
울 산	997,400	498,700	498,700
세 종	271,800	135,900	135,900
경 기	10,639,200	5,319,600	5,319,600
강 원	916,400	458,200	458,200
충 북	982,600	491,300	491,300
충 남	1,513,800	756,900	756,900
전 북	1,017,000	508,500	508,500
전 남	1,252,200	626,100	626,100
경 북	1,829,400	914,700	914,700
경 남	2,801,000	1,400,500	1,400,500
제 주	607,200	303,600	303,600

2019년도 사업예산

○ 회 계 명 : 국민건강증진기금
○ 보조사업명 : 보조인력비 및 심의위 수당 지자체경상보조 (2500-2535-302)
○ 기준보조율 : 서울 30%, 지방 50%
○ 보 조 구 분 : 지자체 경상보조
○ 시·도별 내역

(단위 : 천원)

시·도명	사 업 비		
	소 계	국고보조금	순지방비
계	2,267,300	1,036,000	1,231,300
서 울	488,300	146,500	341,800
부 산	172,000	86,000	86,000
대 구	171,000	85,500	85,500
인 천	80,200	40,100	40,100
광 주	101,000	50,500	50,500
대 전	82,600	41,300	41,300
울 산	57,400	28,700	28,700
세 종	20,200	10,100	10,100
경 기	463,800	231,900	231,900
강 원	40,600	20,300	20,300
충 북	47,200	23,600	23,600
충 남	57,400	28,700	28,700
전 북	55,800	27,900	27,900
전 남	105,600	52,800	52,800
경 북	128,400	64,200	64,200
경 남	153,200	76,600	76,600
제 주	42,600	21,300	21,300

〈표 2〉

체외수정시술 지정기관 연락처(160개소)

('18.12월 현재)

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
3	(성삼의료재단) 미즈메디병원	서울특별시 강서구 내발산동 701-4	서울	02-2007-1000
7	함춘여성의원	서울특별시 서초구 서초1동 1621-7,8	서울	02-2182-3400
8	일산제일병원	경기도고양시일산구장항2동898 경기도고양시일산동구장백로174/장백로1726~7층,장백로1726,7층,중앙로1163층	경기	031-900-2000, 2053
10	유광사여성병원	서울특별시 강서구 화곡5동 1031-12호	서울	02-2608-1011
11	미래와희망산부인과의원	서울특별시 강남구 언주로 707	서울	02-3446-0011
12	제일의료재단 제일병원	서울시 중구 묵정동 1-19외3, 31-7외2	서울	02-2000-7454
13	차병원	서울시 강남구 역삼1동 650-9	서울	02-3468-3000 (3455)
14	의료법인 을지병원	서울시 노원구 하계1동 280-1	서울	02-970-8427
15_2	이도근 산부인과의원	경남 진주시 진양호로 497 2층	경남	055-745-7888
16	동아대학교병원	부산시 서구 동대신동 3가1	부산	051-240-5095
17	시엘병원	광주광역시 서구 광천동 13-21	광주	062-368-1700
18-5	성모여성병원	대구 달서구 월배로 204 (상인동)	대구	053-640-1000
19	여성아이병원	경북 포항시 북구 우현동 7B 5L	경북	054-230-3027
21_1	진산부인과의원	전북 전주시 완산구 서신동 781-2	전북	063-251-0100
22	세화병원	부산시 동래구 미남로132번길 28	부산	051-505-1333
23-6	프레메디산부인과의원	광주광역시 서구 무진대로 950, 3~4층	광주	062-363-6655
25	메디아이여성병원	서울특별시 노원구 상계로10길 13	서울	02-936-2122
27	신여성병원	경기도 의정부시 의정부2동 492-3	경기	031-844-3800
28	인정병원	서울시 은평구 응암로 164번지	서울	02-390-0909
32	한나여성아이병원	부산시 수영구 남천동 304	부산	051-625-2300

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
35	양정분 산부인과의원	경기도 이천시 중리동 224-3번지	경기	031-631-9166
36	아주대학교병원	경기도 수원시 영통구 월드컵로 164	경기	1688-6114 (체외수정실) 031-219-6659
39_3	차의과학대학교 분당차병원	경기도 성남시 분당구 야탑동 351	경기	031-780-5876
40_2	경북대학교병원	대구시 중구 삼덕동2가 50번지	대구	053-420-5732
41	마마파파&베이비 산부인과의원	울산광역시 남구삼산로247, 15-17층	울산	052-258-6006
42	프리모산부인과의원	충북청주시흥덕구대농로43,327호	충북	043-265-1177
43	대구차여성병원	대구시남구두류공원로24(대명동)	대구	053-656-4200
44	의료법인마리아의료재 단 마리아병원	서울시 동대문구 천호대로 20	서울	02-2250-5555
45	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(일산)	경기도고양시일산서구중앙로1456 (주엽동, 서현프라자 3층)	경기	031-924-6555
47	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(안양)	경기도 안양시 동안구 호계동 1051 평촌스포츠센터 8층,9층	경기	031-426-6555
48	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(부천)	경기도 부천시 원미구 중동 1106 위브더스테이트 103동 제2층 제상가1동 201호, 235호, 236호	경기	032-361-6555
50	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(대전)	대전시 서구 청사로 148, 매그놀리아 2층(둔산동)	대전	042-522-6555
51	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(대구)	대구시 동구 동부로22길 2, 702호, 801호(신천동, 서한코보스타운티)	대구	053-943-6555
52	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(부산)	부산시 연제구 연산동 701-1번지 더웰타워	부산	051-441-6555
53	산본제일병원	경기도 군포시 산본로 374	경기	031-390-3444
54	가야자모의원	경남 진주시 주약동 156-6, 23번지	경남	055-758-2222

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
55	서울여성병원	인천 남구 경원대로 771	인천	032-230-3883
56	로사산부인과의원	대구시 동구 화랑로 87(효목동)	대구	053-255-2424
57_2	차산부인과의원	제주시 노형8길 2, 2층(노형동 온유빌딩)	제주	064-742-9661
59	의료법인인석의료재단 보람병원	울산광역시 남구 돋질로 33번길 10	울산	052-278-0114
60-3	미즈나래여성병원	충남 천안시 서북구 충무로 158-13	충남	041-577-8888
61	이화여자대학교 의과대학부속목동병원	서울시 양천구 목6동 911-1	서울	02-2650-2740
62	(의)정우의료재단 프라우메디병원	울산광역시 남구 삼산중로94	울산	052-226-7211
64	민병열산부인과의원	충북 청주시 서원구 사직대로 101(사창동)	충북	043-262-8540
65	서울대학교병원	서울시 종로구 대학로101	서울	02-2072-2667
66	광제산부인과의원	충남 천안시 서북구 서부18길 23	충남	041-575-3200
67	학교법인고황재단 경희의대부속병원	서울시 동대문구 경희대로 23	서울	02-958-8114
68	조선대학교병원	광주광역시 동구 필문대로 365 (학동)	광주	062-220-3114 062-220-3092
69	경상대학교병원	경남 진주시 강남로 79(칠암동 90번지)	경남	055-750-8153
70	엘르메디 산부인과의원	경남 창원시 의창구 서상로 1	경남	055-253-2111
73	고려대학교 의과대학 부속병원	서울시 성북구 안암동 5가 126-1	서울	02-920-5225
75	좋은문화병원	부산시 동구 범일2동 899-8	부산	051-644-2002
76	(의)내일의료재단 현대여성아동병원	전남 순천시 장선배기 1길 8(조례동)	전남	061-720-1111
77	학교법인 건양학원 건양대학교병원	대전시 서구 관저동로 158(관저동)	대전	1577-3330 042-600-9381
79	아름병원	부산시 동래구 온천장로 13	부산	051-557-0114
80	사회복지법인 삼성병원 공익재단 삼성서울병원	서울시 강남구 일원동 50	서울	02-3410-2972
81	인제대학교 일산백병원	경기도 고양시 일산서구 대화동 2240	경기	031-910-7511

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
83	학교법인 을지대학교병원	대전시 서구 둔산서로 95(둔산동)	대전	042-259-1155
84	세브란스 산부인과의원	대전시 서구 문정로 88(탄방동)	대전	042-482-3091
85	연세대학교의과대학 세브란스병원	서울시 서대문구 신촌동 134(세브란스본관)	서울	02-361-5114
86	재단법인 아산사회복지재단 서울아산병원	서울시 송파구 풍납2동 388-1 체외수정실	서울	02-3010-5053
87_2	부산대학교병원	부산광역시 서구 구덕로 179(아미동1가)	부산	051-240-7280
88	미래와여성 산부인과의원	전북 군산시 문화로 164(수송동)	전북	063-441-1100
91_1	한마음창원병원	경남 창원시 성산구 원이대로682번길 21(상남동)	경남	055-267-2000
94	제일산부인과의원	전북 익산시 동서로231(남중동)	전북	063-840-7500
96	은병원	광주광역시 북구 두암동 882-27	광주	062-269-1500
97	전남대학교병원	광주광역시 동구 제봉로 42 (학동)	광주	1899-0000 062-220-6381
98_6	미래여성병원	대전시 서구 대덕대로176번길 15(둔산동)	대전	042-471-5678
99	시온여성병원	경기도 수원시 영통구 영통동 1011-2	경기	031-201-0700
100	(재)한·호기독교선교회 일신기독병원	부산시 동구 좌천1동 471-1번지	부산	051-630-0300
101	분당제일여성병원	경기도성남시분당구서현동260-1.	경기	031-725-8556
102	분당서울대학교병원	경기도성남시분당구구미동300번지	경기	031-787-3516
103	길병원	인천광역시 남동구 구월동 1198	인천	032-460-3114
106-4	혜성산부인과병원	충남 천안시 서북구 미라2길 18-11	충남	041-572-4567
107-2	충남대학교병원	대전시 중구 대사동 640	대전	042-280-7219
108_3	아름다운산부인과의원	강원도 춘천시 온의동 123-29	강원	033-244-7800
110	전북대학교병원	전북 전주시 덕진구 금암동 634-18	전북	063-250-1308
111_1	그레이스병원	경기도 고양시 일산동구 중앙로 1073/1071	경기	031-901-4000

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
112	연세대학교 원주세브란스기독병원	강원도 원주시 일산로 20(일산동)	강원	033-741-1180
113	학교법인 인제대학교 부산백병원	부산시 부산진구 복지로 75	부산	051-890-6528
115	의료법인명지의료재단 명지병원	경기도 고양시 덕양구 화정동 697-1외 3필지	경기	031-810-5114
116	허유재병원	경기도 고양시 일산동구 중앙로 1317	경기	031-810-9898
117	삼성미래산부인과의원	경기도 부천시 원미구 중2동 1208-8	경기	032-662-6100
118	서울여성병원(부천)	경기도 부천시 원미구 상동 544-2	경기	032-230-3630, 7530
119	대구조이맘산부인과의원	대구시중구남산2동925-2번지 반월메디컬타워 8층	대구	053-254-5252
121	동국대학교 일산병원	경기도 고양시 일산동구 식사동 814외 9필지	경기	031-961-7004
122-2	계명대학교동산병원	대구광역시 중구 달성로 56	대구	053-250-7507
125	차의과학대학교 부속구미차병원	경상북도 구미시 신시로 10길 12(형곡동)	경북	054-450-9920
129	광주미래와희망 산부인과의원	광주광역시 서구 죽봉대로 68 다나메디컬센터 7층	광주	062-361-3344
131	신세계여성병원	부산시 사하구 다래로 251(장림동)	부산	051-260-9007
133	마리나산부인과의원	경기도 이천시 중리동 466-4번지	경기	031-637-0552
138	한나산부인과의원	제주특별자치도 제주시 도령로 7(노형동)	제주	064-711-7717
140	마리여성의원	부산시 금정구 부곡동 295-2 거상빌딩 2층	부산	051-517-4591
141	청아미즈산부인과의원	충남 아산시 모종동 562-6(5층~10층)	충남	041-547-2020
142	동탄제일산부인과	경기도 화성시 반송동 88-13 아이프라자 6층	경기	031-8003-3388
144	삼성제일산부인과의원	부산광역시 해운대구 해운대로 369 해운대센텀메디컬센터5층	부산	051-747-3999
148	진주미래여성병원	경남 진주시 강남동 146번지	경남	055-760-8000
149	에이치큐브병원	서울시 도봉구 창동 731-1번지	서울	02-900-2000
150	의료법인마리아의료재단 마리아병원	서울시송파구가락동 121-1,2,3(지하2층~지상4층)	서울	02-2152-6555

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
151–4	삼성미즈산부인과의원	인천광역시부평구부평1동465–2 (2층, 3층)	인천	032–516–3838
152–5	서울여성병원	대전시 서구 문정로 7(둔산동, 진영빌딩)	대전	042–479–8124
154	아이맘산부인과의원	경북포항시남구상도동662번지 연희빌딩3층	경북	054–277–1303
156	새란산부인과의원	전북 전주시 완산구 효자동 1531–4 6층	전북	063–227–0135
157	이은지마리산부인과의원	대구광역시 수성구 달구벌대로 2397, KB손해보험빌딩 17층	대구	053–745–5888
162	인제대학교 해운대백병원	부산광역시 해운대구 해운대로 875	부산	051–797–2610
165	미래여성병원	부산시 진구 가야대로 459	부산	051–890–9994
166–4	서울라헬여성의원	서울시 마포구 마포대로 109, 2~3층 롯데캐슬 프레지던트	서울	02–3286–7501 02–6009–1107
169	수목여성의원	경기도 수원시 영통동 반달로 7번길 16 이폴리스 빌딩 8층	경기	031–205–8999
170	쉬즈메디병원	경기도 수원시 팔달구 장다리로 288	경기	031–231–7300
171–3	예수병원	전북 전주시 완산구 서원로 365	전북	063–230–1500
172	서울아가온여성의원	서울시 구로구 디지털로 32길 79 조영빌딩 8층	서울	02–864–7500
173	고려대학교의과대학부속구로병원	서울시구로구구로동로148	서울	02–2626–2014
174	삼성미래여성병원	서울시 구로구 오류동 159번지	서울	02–2682–2100
175	우리기쁜산부인과의원	서울시 성북구 종암로 147	서울	02–2039–1000
177	미래로병원	부산광역시 북구 금곡대로 15(덕천동)	부산	051–330–5000
178	효성병원	대구시 수성구 수성로 38길 10	대구	053–212–7838
180	우리여성병원	경남 김해시 내외중앙로 91 (내동)	경남	070–8655–7013
181	엠여성의원	서울시 강남구 테헤란로 407 EK타워 12층	서울	02–6188–0070
182	장태기드림산부인과	경북 구미시 신시로 59(형곡동)	경북	054–457–6699
184	이룸여성의원	부산시 부산진구 서면로 25 서면삼한골든뷰 602	부산	051–803–2616
185	연세아이소망여성의원	경기도 안산시 단원구 고자로 102, 501~504호	경기	031–365–5245

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
186	지엔산부인과의원	경기도 평택시 비전5로 3	경기	010-9002-4171
187	엘산부인과의원	제주특별자치도 제주시 서광로 175(용담일동)	제주	064-726-6555
188	사랑아이여성의원	서울시 송파구 백제고분로 69 애플타워3층	서울	02-419-7501
189	아이앤맘산부인과의원	강원도 강릉시 옥가로 21, 4,5층(옥천동)	강원	033-648-8114
190	(의)양진의료재단 평택성모병원	경기도 평택시 평택로 284	경기	070-5012-3373
191	(학) 울산공업학원 울산대학교병원	울산광역시 동구 방어진 순환도로 877	울산	052-250-7000
192	청라여성병원	인천광역시 서구 중봉대로 602(연희동)	인천	032-716-6000
193	모태안여성병원	충북 청주시 서원구 복대로17번길 57(개신동)	충북	043-272-0001
194	의료법인 마리아의료재단 마리아의원	서울시 중랑구 망우로 267	서울	02-2218-7555
195	의료법인 성광의료재단 차여성의원	서울시 중구 한강대로 416 서울스퀘어 2층	서울	02-2002-0427
196	아이소망 산부인과	인천광역시 남구 미추로 56	인천	032-883-3643
197	고려대학교의과대학부속안산병원	경기도 안산시 단원구 적금로 123(고잔동)	경기	031-412-5114
198	일신엘여성의원	부산시 북구 금곡대로 287, 902호 (화명동 삼한골든뷰)	부산	051-714-6083
199	국립중앙의료원	서울시 중구 을지로 245(을지로 6가)	서울	02-2260-7114
200	강원대학교병원	강원도 춘천시 백령도 156(효자동)	강원	033-258-2000
201	드림아이여성의원	충청남도 아산시 배방읍 희망로 46번길 45-17	충남	041-533-6200
202	한별여성병원	전라북도 전주시 덕진구 견훤로 215번지(인후동)	전북	063-244-3559
203	충청남도홍성의료원	충청남도 홍성군 홍성읍 조양로 224 (고암리 572-3)	충남	041-630-6239
204	디온여성의원	경기도 화성시 동탄오산로 82, 10층 (오산동, 동탄역퍼스트프라자)	경기	대표:031-304-0060
205	미래연여성의원	서울특별시 송파구 올림픽로35다길 42, 한국루터회관 2층	서울	02-6012-2220

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
207	미즈의원	대전광역시 서구 문정로 2번길 95, 2층 (탄방동,주안빌딩)	대전	042-488-2255
206	연세순풍산부인과의원	강원도 원주시 장미공원길 43-6	강원	033-745-0199
208	미즈메디의원	서울특별시 강남구 도곡로 452	서울	02-3467-3700
209	앙즈로여성병원	충청남도 천안시 서북구 불당33길 1	충남	041-576-5700
210	메디플렉스 세종병원	인천광역시 계양구 계양문화로 20(작전동)	인천	032-240-8000
212	이은희산부인과의원	충청남도 천안시 서북구 불당33길 24, 리엔시티 7층 701~2호	충남	041-567-0020
213	동탄제일여성의원	경기도 화성시 석우동 삼성1로 138, 1-2층 (석우동)	경기	031-8015-7981
214	(의)삼정의료재단 포항여성병원	경상북도 포항시 북구 포스코대로 269 (죽도동)	경북	054-274-7775
215	(의)마리아의료재단 수지마리아의원	경기도용인시수지구신수로767 분당수지유타워 에이동 301호	경기	031-8019-5555
216	달서미즈맘병원	대구광역시 달서구 월배로 62	대구	053-609-5000
217	리오라여성의원	부산광역시 부산진구 중앙대로 686, 3층 (부전동)	부산	051-714-1930
219	에이치아이여성의원	서울특별시 강서구 강서로 463 새싹타워 2층	서울	02-3662-0401
218	장스산부인과의원	서울특별시 중랑구 망우로 411	서울	02-490-4100
221	서연아이 여성의원	인천광역시 남동구 선수촌공원로 36, 구월아시아드 더블루시티 2층 201~206호	인천	032-464-5800
222	서초 연세더블유산부인과	서울특별시 서초구 반포대로 111, 4층(서초동)	서울	02-587-2330
223	효산의료재단 안양샘여성병원	경기도 안양시 만안구 안양로 215	경기	031-467-1000
220	서울아이비에프여성의원	인천광역시 남동구 인하로507번길 63 모아메디컬타운 602호	인천	032-716-6663
224	센텀이룸여성의원	부산광역시 해운대구 센텀2로 20 센텀타워메디칼 10.11층	부산	051-758-8275
225	솔빛산부인과의원	전라북도 전주시 덕진구 송천중앙로 169, 2~4층	전북	063-277-3477

인공수정시술 지정기관 연락처(360개소)

('18.12월 현재)

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-1	한빛여성병원	경기도 안산시 단원구 고잔1동 774-1	경기	031-410-3316
2010-2	(의)정우의료재단 프라우메디병원	울산광역시 남구 삼산중로94	울산	052-226-7211
2010-3	프리모산부인과의원	충북 청주시 흥덕구 대농로 43, 327호	충북	043-265-1177
2010-4	민병열산부인과의원	충북 청주시 서원구 사직대로 101(사창동)	충북	043-262-8540
2010-6	시엘병원	광주광역시 서구 광천동 13-21	광주	062-368-1700
2010-7	세화병원	부산시 동래구 미남로132번길 28	부산	051-505-1333
2010-8	서울여성병원	대전시 서구 문정로 7(둔산동, 진영빌딩)	대전	042-479-8116
2010-9	미래여성병원	대전시 서구 대덕대로176번길 15(둔산동)	대전	042-471-5678
2010-10	진주미래여성병원	경남 진주시 강남동 146번지	경남	055-760-8000
2010-11	아이맘산부인과의원	경북 포항시 남구 상도동 662번지 연희빌딩 3층	경북	054-277-1303
2010-12	엘르메디 산부인과의원	경남 창원시 의창구 서상로 1	경남	055-253-2111
2010-15	삼성제일산부인과의원	부산광역시 해운대구 해운대로 369 해운대센텀메디컬센터5층	부산	051-747-3999
2010-16	세브란스 산부인과의원	대전시 서구 문정로 88(탄방동)	대전	042-482-3091
2010-17	로사산부인과의원	대구시 동구 화랑로 87(효목동)	대구	053-255-2424
2010-18	프레메디산부인과의원	광주광역시 서구 무진대로 950, 3~4층	광주	062-363-6608
2010-19	혜성산부인과병원	충남 천안시 서북구 미라2길 18-11	충남	041-572-4567
2010-20	아름병원	부산시 동래구 온천장로 13	부산	051-557-0114
2010-22	마마파파&베이비 산부인과의원	울산시 남구 삼산로 247, 마마파파&베이비 빌딩 15F,16F,17F	울산	052-258-6006
2010-23	의료법인마리아의료재단 마리아병원	서울시 동대문구 천호대로 20(신설동)	서울	02-2250-5551
2010-24	인정병원	서울시 은평구응암로 164번지	서울	02-309-0909

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-25	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(부산)	부산시 연제구 연산동 701-1번지 더웰타워	부산	051-441-6555
2010-27	다나산부인과의원	충남 아산시 온천동 300-13	충남	041-549-8228
2010-28	마리나산부인과의원	경기도 이천시 중리동 466-4번지	경기	031-636-0552
2010-29	여성아이병원	경북 포항시 북구 우현동 7B 5L	경북	054-230-3027
2010-30	제일산부인과의원	전북 익산시 동서로231(남중동)	전북	063-840-7500
2010-31	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(일산)	경기도고양시일산서구중앙로1456 (주엽동, 서현프라자 3층)	경기	031-924-6555
2010-32	성모여성병원	대구시 달서구 월배로 204(상인동)	대구	053-640-1000
2010-33	삼성미즈산부인과의원	인천시 부평구 부평대로 93, 2층(부평동)	인천	032-516-3838
2010-34	엘르산부인과의원	대구시 달서구 계대동문로 124, 5층	대구	053-593-9000
2010-35	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(대전)	대전시 서구 청사로 148, 매그놀리아 2층(둔산동)	대전	042-484-6554
2010-36	이도근 산부인과의원	경남 진주시 진양호로 497 2층	경남	055-745-7888
2010-37	차산부인과의원	제주시 노형8길 2, 2층(노형동 온유빌딩)	제주	064-742-9661
2010-38	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(대구)	대구시 동구 동부로22길 2, 702호, 801호(신천동, 서한코보스타운티)	대구	053-943-6555
2010-39	광주미래와희망 산부인과의원	광주광역시 서구 죽봉대로 68 다나메디컬센터 7층	광주	062-361-3344
2010-40	대구조이맘산부인과의원	대구시 중구 남산2동 925-2번지 반월 메디컬타워 8층	대구	053-254-5252
2010-41	신세계여성병원	부산시 사하구 다대로 251(장림동)	부산	051-260-9000
2010-42-1	신여성병원	경기도 의정부시 의정부2동 492-3	경기	031-844-3800
2010-43-1	미즈나래여성병원	충남 천안시 서북구 충무로 158-13	충남	041-577-8888
2010-44	미래와희망산부인과의원	서울시강남구언주로 707	서울	02-3446-0011
2010-45	동아대학교의료원	부산시 서구 동대신동 3가1	부산	051-240-5095

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-46	미래와여성 산부인과의원	전북 군산시 문화로 164(수송동)	전북	063-441-1113
2010-48	차의과학대학교 부속 구미차병원	경북 구미시 신시로 10길 12(형곡동)	경북	054-450-9920
2010-49	함춘여성의원	서울시 서초구 서초1동 1621-7,8	서울	02-522-0123
2010-50	차병원	서울시 강남구 역삼1동 650-9	서울	02-3468-3000
2010-51	아주대학교병원	경기도 수원시 영통구 월드컵로 164	경기	031-219-6659
2010-52	좋은문화병원	부산시 동구 범일2동 899-8	부산	051-630-0748
2010-53	미래여성병원	대구시 달서구 와룡로 207	대구	053-608-7071
2010-54	서울여성병원	인천 남구 경원대로 771	인천	032-230-3883
2010-55	에이치큐브병원	서울시 도봉구 창동 731-1번지	서울	02-6911-7227
2010-56	동탄제일산부인과	경기도 화성시 반송동 88-13 아이프라자 6층	경기	031-8003-338 8
2010-57	서울여성병원(부천)	경기도 부천시 원미구 상동 544-2	경기	032-230-3000
2010-58	에덴메디여성병원	경기도 수원시 권선구 권선2동 1311-1	경기	031-236-4321
2010-59	삼성미래산부인과의원	경기도 부천시 원미구 중2동 1208-8	경기	032-662-6100
2010-60	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(안양)	경기도 안양시 동안구 호계동 1051 평촌스포츠센터 8,9층	경기	031-426-6555
2010-62	(의)내일의료재단 현대여성아동병원	전남 순천시 장선배기 1길 8(조례동)	전남	061-720-1111
2010-63	의료법인마리아의료재단 마리아병원	서울시 송파구 가락동 121-1,2,3(지하2층~지상4층)	서울	02-2152-6555
2010-66	산본제일병원	경기도 군포시 산본로 374	경기	031-390-3444
2010-67	의료법인 마리아의료재단 마리아의원(부천)	경기도 부천시 원미구 중동 1106 위브더스테이트 103동 제2층 제상가1동 201호, 235호, 236호	경기	032-361-6555
2010-68	일산제일병원	경기도 고양시 일산구 장항2동 898 경기도 고양시 일산동구 장백로174 / 장백로1726~7층, 중앙로116 3층	경기	031-900-2000, 2034
2010-69	한나산부인과의원	제주특별자치도 제주시 도령로 7(노형동)	제주	064-711-7717

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-70	차의과학대학교 분당차병원	경기도 성남시 분당구 야탑동 351	경기	031-780-5876
2010-72	동원산부인과의원	경기도 고양시 일산동구 정발산동 1204-1	경기	031-921-1515
2010-73	학교법인 을지대학교병원	대전시 서구 둔산서로 95(둔산동)	대전	042-259-1155
2010-74	양정분 산부인과의원	경기도 이천시 중리동 224-3번지	경기	031-635-5300
2010-75	(의)인석의료재단 보람병원	울산광역시 남구 돋질로 336번길 10	울산	052-278-0114
2010-77	대구차여성병원	대구시 남구 두류공원로 24(대명동)	대구	053-656-4200
2010-78	허유재병원	경기도 고양시 일산동구 중앙로 1317	경기	031-810-9898
2010-79	이화병원	충남 천안시 서북구 충무로 165	충남	041-570-1230
2010-80	(성삼의료재단) 미즈메디병원	서울시 강서구 내발산동 701-4	서울	02-2007-1840
2010-82	한나여성아이병원	부산시 수영구 남천동 304	부산	051-625-2300
2010-83	경상대학교병원	경남 진주시 강남로 79(칠암동 90번지)	경남	055-750-8294
2010-84	유광사여성병원	서울시 강서구 화곡5동 1031-12호	서울	02-2608-1011
2010-85	미즈여성병원	대전시 서구 문정로2번길 95, 주안빌딩 7층(탄방동)	대전	042-483-3575
2010-86	청아미즈산부인과의원	충남 아산시 모종동 562-6(5층~10층)	충남	041-547-2020
2010-88	제일의료재단 제일병원	서울시 중구 서애로 1길 17	서울	02-2000-7453
2010-90	가야자모의원	경남 진주시 주약동 156-6, 23번지	경남	055-758-2222
2010-91	분당제일여성병원	경기도 성남시 분당구 서현동 260-1.	경기	031-725-8556
2010-92	메디아이여성병원	서울특별시 노원구 상계로10길 13	서울	02-936-2122
2010-94	로즈메디산부인과의원	울산시 동구 방어진순환도로 747	울산	052-234-3575
2010-95	은병원	광주광역시 북구 두암1동 882-27	광주	062-269-1500
2010-96	분당서울대학교병원	경기도 성남시 분당구 구미동 300번지	경기	031-787-3516
2010-97	길병원	인천시 남동구 구월동 1198	인천	032-460-2723
2010-98	미래산부인과의원	경남 창원시 마산합포구 3·15대로 32	경남	055-221-3777
2010-99	임태균산부인과	울산시 동구 방어진순환도로 1125	울산	052-251-5500

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-100	(재)한·호기독교선교회 일신기독병원	부산시 동구 좌천1동 471-1번지	부산	051-630-0439
2010-101	아름다운산부인과의원	강원도 춘천시 온의동 123-29	강원	033-244-7800
2010-102	시온여성병원	경기도 수원시 영통구 반달로 107	경기	031-201-0791
2010-105	인제대학교 일산백병원	경기도 고양시 일산서구 주화로 170 (대화동)	경기	031-910-7194
2010-106	우리들여성산부인과	경기도 광주시 경안동 32-3 광주크리닉 8층	경기	031-768-7535
2010-109	연세대학교 원주세브란스기독병원	강원도 원주시 일산동 162외 18필지	강원	033-741-1180
2010-110	학교법인 인제대학교 부산백병원	부산시 부산진구 복지로 75	부산	051-890-6528
2010-112	서울대학교병원	서울시 종로구 대학로101	서울	02-2072-2667
2010-113	학교법인고황재단 경희의대부속병원	서울시 동대문구 경희대로 23	서울	02-958-8324
2010-114	마리여성의원	부산시 금정구 부곡동 295-2 거상빌딩 2층	부산	051-517-4591
2010-115	쉬즈메디병원	경기도 수원시 팔달구 장다리로 288(인계동)	경기	031-231-7300
2010-116	호산부인과	강원도 춘천시 석사동 796-4	강원	033-264-1700
2010-117	봄빛병원	경기도 안양시 동안구 호계동 1049-3	경기	031-380-7300
2010-121	이화 산부인과의원	충북 청주시 상당구 단재로 137(영운동)	충북	043-223-6755
2010-123	중앙산부인과의원	강원도 속초시 조양동 1503-9 외 2	강원	033-637-9887
2010-124	이상식산부인과	경북 김천시 모암동 161-3	경북	054-433-3307
2010-125	오즈산부인과의원	경남 김해시 계동로 203 (대청동)	경남	055-312-0114
2010-126	고려대학교 의과대학 부속병원	서울시 성북구 안암동 5가 126-1	서울	02-920-5225
2010-127	안산미즈피아산부인과	경기도 안산시 상록구 본오동 871-15	경기	031-407-0077
2010-128	김태홍산부인과	경북 김천시 모암동 153-4	경북	054-434-4333
2010-130	(의)삼정의료재단 포항여성병원	경북 포항시 북구 포스코대로269	경북	054-274-7775
2010-131	한마음창원병원	경남 창원시 성산구 원이대로682번길 21(상남동)	경남	055-267-7333

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-132	그레이스병원	경기도 고양시 일산동구 중앙로 1073/1071	경기	031-901-4000
2010-134	에덴병원	광주광역시 북구 두암동 822-12	광주	062-260-3178
2010-135	다정산부인과의원	경기도 성남시 중원구 은행2동 1577	경기	031-748-6466
2010-136	미리안산부인과	경북 구미시 송원서로 2길, 31(원평동)	경북	054-441-2277
2010-137	그린산부인과의원	인천광역시 서구 건지로 371	인천	032-574-3535
2010-138	연세대학교의과대학 세브란스병원	서울시 서대문구 신촌동 134(세브란스본관)	서울	02-2228-5968
2010-139	준산부인과	인천시 계양구 병방동 132-7	인천	032-554-5300
2010-140	새란산부인과	전북 전주시 완산구 효자동 3가 1531-4 우리들빌딩 6층	전북	063-227-0135
2010-141	의료법인 을지병원	서울시 노원구 하계1동 280-1	서울	02-970-8427
2010-142	김승연산부인과	인천시 서구 연희동 686-13	인천	032-563-1251
2010-145	전북대학교병원	전북 전주시 덕진구 금암동 634-18	전북	063-250-1308
2010-146	서울아산병원	서울시 송파구 풍납2동 388-1	서울	02-3010-5053
2010-148	계명대학교동산병원	대구시 중구 달성로 56	대구	053-250-7112
2010-149	부산대학교병원	부산광역시 서구 구덕로 179(아미동1가)	부산	051-240-7280
2010-150	미즈산부인과의원	충북 청주시 오창읍 중심상업로 17 (양청리) 오창프라자 24층	충북	043-241-3030
2010-153	연세미즈산부인과	충북 제천시 독순로 79 (중앙로2가)	충북	043-652-6700
2010-155	모태안여성병원	충북 청주시 서원구 복대로17번길 57(개신동)	충북	043-272-0001
2010-156	다인산부인과	경북 영주시 영주로 205-1(영주동)	경북	054-637-6104
2010-158	미래여성병원	경기도 파주시 금촌동 953-5	경기	031-940-1700
2010-160	춘천미래산부인과	강원도 춘천시 소양로4가 108-5	강원	033-241-7677
2010-164	베일러이화산부인과의원	경기도 성남시 분당구 정자동15-2 분당클리닉 3층	경기	031-710-9670
2010-166	초앤유여성병원	경기도 부천시 원미구 중동 1151-6	경기	032-326-0095
2010-167	조선대학교병원	광주광역시 동구 필문대로 365 (학동)	광주	062-220-3114 062-220-3092

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-169	아가엄마산부인과	서울시 강북구 한천로 1041 (수유동)	서울	02-999-8275
2010-171	전남대학교병원	광주광역시 동구 제봉로 42 (학동)	광주	1899-0000 062-220-6381
2010-173	자모여성병원	부산시 수영구 수영로 555	부산	051-760-0637
2010-174	우리산부인과	인천시 연수구 동춘동 936-3	인천	032-818-5121
2010-175	호산여성병원	서울시 강남구 신사동 617-5	서울	02-546-3493
2010-176	아이엘산부인과	서울특별시 영등포구 양평로 32, 지하1~3층(당산동6가)	서울	02-2068-5111
2010-177	삼성서울병원	서울시 강남구 일원동 50	서울	02-3410-2862
2010-178	열린산부인과	경기도 안산시 단원구 선부동 1070-13	경기	031-405-3572
2010-181	미래여성병원	부산시 부산진구 가야대로 459	부산	051-890-9994
2010-184	인하대학교의과대학 부속병원	인천광역시 중구 인항로 27(신흥동3가)	인천	032-890-2114
2010-185	최영일산부인과	경기도 광주시 경안동 77-12	경기	031-765-1030
2010-186	동국대학교일산병원	경기도 고양시 일산동구 식사동 814번지	경기	031-961-7950
2010-187	조윤희산부인과	서울시 금천구 시흥동 889-13 2층	서울	02-802-8892
2010-188	쉬즈산부인과	경북 구미시 구미대로 220 (광평동)	경북	054-461-7979
2010-190	솔빛산부인과	전북 전주시 덕진구 송천동 1가 486-4	전북	063-277-3478
2010-191	진주제일병원	경남 진주시 진주대로 885번지	경남	055-750-7165
2010-192	구리장스여성의원	경기도 구리시 수택동 853번지	경기	031-550-3131
2010-193	동국대학교 경주병원	경북 경주시 석장동 1091-1	경북	054-770-8246
2010-194	이기철여성의원	경기도 안양시 만안구 석수2동 326-13	경기	031-473-0181
2010-195	참산부인과소아과의원	경기도 성남시 분당구 수내동 63-1 금산프라자5층	경기	031-711-5005
2010-196	손성락산부인과	경북 상주시 무양동 286-8	경북	054-536-7582
2010-198	속초제일산부인과	강원도 속초시 청학동 640-9	강원	033-635-9050
2010-199	예진산부인과	경기도 시흥시 정왕동 1861-8 트윈프라자B동3층	경기	031-431-1134
2010-201	연수산부인과	충북 충주시 번영대로 77(금릉동)	충북	043-854-4616

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-203	한나산부인과	경기도 남양주시 호평동 640-1 리베로빌딩 5층	경기	031-592-5100
2010-204	미래아이산부인과	서울시 강서구 등촌1동 630-12 강서메디컬센터 2층	서울	02-3665-2002
2010-205	김정은산부인과의원	광주광역시 광산구 목련로 379, 3층	광주	062-959-3773
2010-206	엔젤산부인과	경기도 군포시 광정로 80	경기	031-394-0075
2010-208	목화산부인과의원	경남 진주시 상대동 297-5	경남	055-755-8020
2010-210	아이사랑산부인과의원	부산시 부산진구 가야대로 470	부산	051-890-7000
2010-211	김정화산부인과	서울시 관악구 중앙동 463-4 메카플러스3층	서울	02-883-3307
2010-212	에디스여성병원	부산시 사하구 당리동 336-10	부산	051-206-0999
2010-213	린여성병원	서울시 동대문구 답십리로 266	서울	02-2244-1212
2010-214	더미즈웰산부인과	부산광역시 북구 금곡대로 284(화명동)	부산	051-365-3575
2010-215	김지호산부인과의원	서울시 노원구 중계4동 154-28	서울	02-939-0980
2010-216	청담마리산부인과	서울시 강남구 청담동 46-19	서울	02-541-9114
2010-220	안산부인과	서울시 성북구 길음1동 531-33	서울	02-913-6446
2010-221	새아산부인과의원	대전시 대덕구 신탄진동 114-20	대전	042-637-3535
2010-223	미래아이여성병원	부산시 사하구 하단동 596-14	부산	051-200-9999
2010-226	예인여성병원	경남 창원시 진해구 자은동 813-2	경남	055-542-9000
2010-227	필산부인과의원	인천시 부평구 부평대로 24, 403호(부평동,가나베스트텔)	인천	032-528-0878
2010-228	테크노여성의원	서울시 광진구 구의동 631-1 프라임프라자 412	서울	02-455-1735
2010-229	노은플러스산부인과	대전시 유성구 지족동 901-2 금강프라자 3층	대전	042-477-3500
2010-230	하나산부인과의원	경남 창원시 마산회원구 3·15대로 765-1 우성빌딩4층	경남	055-295-0246
2010-232	한나여성병원	전북 전주시 덕진구 덕진동1가 1275-10	전북	063-250-3599
2010-233	강동미즈여성병원	서울시 강동구 천호동 452-1	서울	02-475-0077
2010-234	이지산부인과	광주광역시 광산구 사암로 396	광주	062-958-3000
2010-235	우리들산부인과의원	인천시 서구 왕길동 638-1	인천	032-562-8228

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-236	나리병원	경기도 김포시 돌문로99	경기	031-982-5700
2010-238	충남대학교병원	대전시 중구 대사동 640번지	대전	042-280-7260
2010-241	이인재산부인과	양산시 덕계로 85(덕계동)	경남	055-365-5547
2010-244	성심산부인과의원	대구시 북구 복현동 459-1	대구	053-956-8227
2010-246	대학산부인과의원	대구시 수성구 지산동 1275-10 아주빌딩3층	대구	053-782-0010
2010-248	마리본산부인과	경기도 구리시 인창동 324-1	경기	031-551-2700
2010-249	프라임여성의원	경남 김해시 경원로 67 (내동 금상빌딩)	경남	070-4386-7262
2010-251	시화박산부인과	경기도 시흥시 정왕동 1726-4	경기	031-319-7861
2010-254	제일여성병원	부산광역시 해운대구 좌동로 66	부산	051-743-7431
2010-255	이화여자대학교 의과대학부속 목동병원	서울시 양천구 목동 911-1	서울	02-2650-2788
2010-256	미나의료재단 여수문화병원	전남 여수시 여서동 825	전남	061-650-5155
2010-257	경북대학교병원	대구시 중구 삼덕2가 50번지	대구	053-420-5727
2010-258	진산부인과의원	전북 전주시 완산구 서신동 781-2	전북	063-251-0100
2010-259	에덴산부인과의원	경기도 여주군 여주읍 홍문리 110 여주빌딩 401호	경기	031-885-7722
2010-261	가양산부인과의원	대전시 동구 우암로 273(가양동)	대전	042-623-7766
2010-262	으뜸산부인과의원	경남 양산시 서창로 193(삼호동)	경남	055-365-1400
2010-264	맘존여성병원	경북 경주시 성동동 143-7	경북	054-743-6688
2010-267	윤호병원	서울시 강남구 신사동 638-1	서울	02-512-0500
2010-268	안동병원	경북 안동시 앙실로 11(수상동)	경북	054-840-0159
2010-269	중앙산부인과의원	경기도 시흥시 대야동 455-8	경기	031-313-3333
2010-270	손산부인과의원	전남 순천시 중앙4길13	전남	061-753-2300
2010-271	세창의료재단 우성여성병원	경기도 안산시 단원구 고잔동 529	경기	031-412-3085
2010-273	마리아산부인과	인천시 서구 가정동 516-9	인천	032-575-8870

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-274	미래여성산부인과	충북 청주시 흥덕구 사직대로 42	충북	043-267-2545
2010-275	의료법인 명지의료재단 명지병원	경기도 고양시 덕양구 화정동 697-1	경기	031-810-5025
2010-276	라메르산부인과	서울시 영등포구 영등포본동 160-14	서울	02-847-2801
2010-277	효원산부인과	경기도 수원시 장안구 정자2동 1-9	경기	031-256-5577
2010-278	순여성병원	부산시 금정구 부곡동 225-24	부산	051-515-0005
2010-280	강남여성병원	경기도 수원시 팔달구 중부대로 96(인계동)	경기	031-222-7575
2010-281	학교법인 건양학원 건양대학교병원	대전시 서구 관저동로 158(관저동)	대전	(1577-3330) (042-600-938 1)
2010-282	아름다운산부인과의원	강원도 원주시 단계동 870-3번지 2층	강원	033-747-8855
2010-284	정우산부인과의원	경기도 안산시 고잔동 541 안산종합상가 1동 306호	경기	031-411-0311
2010-285	은산부인과의원	서울시 은평구 구산동 1-1 영진빌딩 4층	서울	02-359-7175
2010-287	해피맘산부인과의원	경북 구미시 신시로 74(형곡동)	경북	054-458-0119
2010-289	참여성병원	경남 창원시 마산합포구 불종거리로 19	경남	055-249-0600
2010-290	광제산부인과의원	충남 천안시 서북구 서부18길 23	충남	041-575-3200
2010-291	의료법인 경동의료재단 효성병원	대구시 수성구 중동 105-2	대구	053-766-7070
2010-294	연세유정산부인과	충북 청주시 상당구 금천동 198-11	충북	043-250-0001
2010-297	한마음의료재단제일병원	전남 여수시 학동 43-2	전남	061-689-8114
2010-299	미즈모아산부인과	경남 양산시 양산역6길 9,6~8층(중부동)	경남	055-365-0202
2010-300	고려대학교의과대학부속안산병원	경기도 안산시 단원구 적금로 123(고잔동)	경기	031-412-6752
2010-301	필산부인과의원	경기도 안양시 만안구 안양2동 847-36	경기	031-441-9111
2010-303	충북대학교병원	충북 청주시 서원구 1순환로 776(개신동)	충북	043-269-6001
2010-304	봄여성병원	경기도 고양시 덕양구 화정동 1148-4	경기	031-813-3000
2010-305	이은지마리산부인과의원	대구광역시 수성구 달구벌대로 2397 KB손해보험빌딩 17층	대구	053-745-5888

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-306	세브란스 산부인과의원	충북 충주시 갱고개로 140(연수동) 유성빌딩 3층	충북	043-857-9401
2010-308	안중산부인과의원	경기도 평택시 안중읍 안중로 131번길 14-15	경기	031-683-7366
2010-309	하나플러스산부인과	경남 양산시 양산역로 101(중부동)	경남	055-386-6001
2010-312	포미즈여성병원	서울시 양천구 목2동 513번지	서울	02-2651-7500
2010-313	광명성애병원	경기도 광명시 철산3동 389	경기	02-2680-7132
2010-314	의료법인 성애병원	서울시 영등포구 신길1동 451-5호	서울	02-840-7132
2010-315	새봄산부인과	경북 구미시 송원서로 94 (원평동)	경북	054-457-2300
2010-317	제이미즈산부인과	서울시 금천구 독산동 291-5 시티렉스 408호	서울	02-803-2603
2010-319	강원대학교병원	강원도 춘천시 효자3동 17-1번지	강원	033-258-2000
2010-320	미래로병원	부산광역시 북구 금곡대로 15(덕천동)	부산	051-330-5000
2010-321	강동성심병원	서울시 강동구 길동 445번지	서울	02-2224-2342
2010-322	새봄여성병원	인천시 부평구 마장로 316(산곡동)	인천	032-521-7200
2010-323	남정우산부인과	경기도 남양주시 호평동 640 메인 시네마타워 5층	경기	031-559-1004
2010-324	우먼플러스산부인과	경기도 수원시 장안구 조원동 762-17	경기	031-248-8100
2010-325	인제대학교 해운대백병원	부산광역시 해운대구 해운대로 875	부산	051-797-2610
2010-326	미래안산부인과	인천시 서구 왕길동 639-4	인천	032-567-5732
2010-327	연세대학교의과대학 강남세브란스병원	서울시 강남구 도곡1동 146-92	서울	02-2019-3430
2010-328	여성메디파크병원	대구시 수성구 범어1동 595-27	대구	053-740-7764
2010-329	우먼필산부인과	경기도 오산시 원동 764-6	경기	031-378-5950
2010-330	청화병원	서울시 동작구 노량진2동 311-8	서울	02-815-3788
2010-331	아이산 산부인과	경기도 고양시 일산서구 덕이로 10 (덕이동)	경기	031-916-9400
2010-332	고려대학교 구로병원	서울시 구로구 구로동로 148	서울	02-2626-2014
2010-333	아란태산부인과	서울시 영등포구 문래동3가 77-1번지	서울	02-2630-6600
2010-335	행복한산부인과의원	경남 진해시 용원동 1211-4	경남	055-542-2740

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2010-337	원광대학교 의과대학 산본병원	경기도 군포시 산본로 321	경기	031-390-2359
2010-338	엠앤비여성병원	인천시 계양구 계산동 1074-1	인천	032-552-3500
2010-341	서울의료원	서울시 중랑구 신내로 156	서울	02-2276-7087
2010-342	수여성병원	경기도 수원시 권선구 고색동 886-88	경기	031-8012-7000
2011-1	호아맘산부인과	서울시 성동구 마장동 520-18	서울	02-2291-2266
2011-2	이찬응산부인과	경북 영주시 광복로90(하망동)	경북	054-631-2011
2011-4	메디플라워여성의원	서울시 서초구 서초동 1656-4 롯데캐슬메디치2층	서울	02-548-9400
2011-5	대진의료재단 분당제생병원	경기도 성남시 분당구 서현동 255-2	경기	031-779-0266
2011-6	마이비 산부인과의원	인천시 남동구 논현동 632-2 아이플렉스빌딩 7층	인천	032-424-7007
2011-7	다사랑산부인과의원	서울 강동구 성내동 244-3	서울	02-484-0868
2011-8	미래산부인과의원	충북 진천군 진천읍 중앙북1길 11-2(읍내리)	충북	043-533-1223
2011-9	서울특별시보라매병원	서울시 동작구 보라매길 39	서울	02-870-3535
2011-10	엘르메디여성의원	경남 거제시 거제중앙로 1925	경남	055-638-0038
2011-11	모란여성병원	경남 창원시 성산구 마디미서로56	경남	055-253-3555
2011-13	정읍아산병원	전북 정읍시 충정로 606-22	전북	063-530-6622
2011-14	우리기쁜산부인과의원	서울시 성북구 종암로 147	서울	02-2039-1000
2011-15	서울라헬여성의원	서울시 마포구 마포대로 109, 2~3층 롯데캐슬 프레지던트	서울	02-3286-7500
2011-16	주영산부인과의원	울산시 남구 삼산로136, 4층	울산	052-257-3935
2011-18	미즈앤맘여성병원	경북 포항시 북구 장량로 36	경북	054-250-3500
2011-19	리즈앤마리안산부인과의원	충남 천안시 서북구 두정로 204	충남	041-523-6100
2011-20	예산종합병원	충청남도 예산군 예산읍 산성리 189-2	충남	041-330-4000
2011-21	맘스여성병원	울산시 중구 남외2길 36	울산	052-290-6000

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2011-23	참조은산부인과의원	경남 진주시 신안동 423번지	경남	055-741-5151
2012-1	수목여성의원	경기도 수원시 영통구 반달로 7번길 16 e폴리스빌딩 8층	경기	031-205-8999
2012-2	우리들산부인과의원	전남 여수시 여서동 240-3번지	전남	061-655-3535
2012-3	미즈여성아동병원	전남 순천시 조례1길 10-26	전남	061-720-8000
2012-5	원산부인과병원	경기도 수원시 영통구 봉영로 1759번길 32	경기	031-201-9813
2012-6	포유문산부인과의원	서울시 송파구 가락동 94-3	서울	02-443-1600
2012-10	서울 아가온 여성의원	서울시 구로구 디지털로 32길 79	서울	02-864-7500
2012-11	예수병원	전북 전주시 완산구 서원로 365	전북	063-230-1500
2012-14	엘리움병원	부산광역시 해운대구 해운대로 794 9,10,11층(좌동, 엘리움BD)	부산	051-929-5000
2012-15	삼성미래여성병원	서울시 구로구 오류동 159번지	서울	02-2682-2100
2012-16	삼성미즈병원	충남 아산시 배방읍 장재리 1781	충남	041-903-2277
2012-18	미즈아이산부인과	경기도 부천시 소사구 괴안동 111-46	경기	032-347-3500
2012-19	더블유 여성병원	대전시 서구 문정로48번길 70(탄방동)	대전	042-485-7777
2012-20	뉴본여성의원	부산시 사하구 괴정1동 932-25	부산	051-291-7777
2013-1	리앤아이산부인과의원	인천시 남동구 논고개로 71번지 가산타워 3,4층	인천	032-270-7777
2013-2	세가온 산부인과의원	강원도 강릉시 교2동 723-7	강원	033-643-7114
2013-4	미즈파크산부인과의원	경기도화성시능동1114-4	경기	031-8003-7575
2013-6	미소래병원	경기도 파주시 금정 7길 29	경기	031-946-0202
2013-8	다온미래산부인과	충남 아산시 배방읍 공수리 배방공수지구 24블럭 5로트(다온팰리스 501호, 601호)	충남	041-549-3582
2013-10	우리여성병원	경남 김해시 내외중앙로 91(내동)	경남	070-8655-7013
2013-11	김숙경 산부인과	서울시 강남구 대치동 936 해바라기상가 301호	서울	02-567-7594
2013-15	제일여성병원	인천시 남구 인주대로 400	인천	032-451-0000 (021)

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2013-16	은혜산부인과	서울시 은평구 대조동 38-19	서울	02-353-4307
2013-17	엠여성의원	서울시 강남구 테헤란로 407 EK타워 12층	서울	02-6188-0081
2013-19	미즈맘여성의원	경남 거제시 거제중앙로 1729	경남	055-688-9123
2013-20	장태기드림산부인과	경북 구미시 신시로 59, (형곡동)	경북	054-457-6699
2014-1	압구정함춘산부인과의원	서울시 강남구 신사동 600-3 5층	서울	02-3445-0789
2014-2	도곡함춘산부인과의원	서울시 강남구 논현로 142(도곡동, 동현빌딩)	서울	1661-9722
2014-3	세원산부인과의원	경기도 수원시 권선구 경수대로 287	경기	031-225-1020
2014-5	편안한산부인과	경기도 부천시 소사구 심곡본동 588 라비앙로제 2층	경기	032-661-0050
2014-6	박지현 산부인과	광주광역시 광산구 장신로 77, 5층	광주	062-415-8800
2014-7	이룸여성의원	부산시 부산진구 서면로 25 서면삼한골든뷰 602	부산	051-803-2616
2014-8	아이앤젤산부인과	부산시 기장군 정관읍 정관로 613 더존빌딩 2층	부산	051-722-3579
2014-9	제이산부인과의원	제주특별자치도 제주시 연북로 38	제주	064-747-9100
2014-11	연세아이소망의원	경기도 안산시 단원구 고잔로 102, 501~504호	경기	031-365-5245
2014-12	지엔산부인과의원	경기도 평택시 비전5로 3	경기	070-4890-5895
2014-13	퀸스메디산부인과	서울시 노원구 공릉동 398-23	서울	02-948-7588
2014-14	엘산부인과	제주특별자치도 제주시 서광로 175(용담일동)	제주	064-726-6555
2014-15	연세순풍산부인과의원	강원도 원주시 장미공원길 43-6	강원	033-745-0199
2014-16	한마음병원	제주특별자치도 제주시 연신로 52(이도이동)	제주	064-750-9255
2014-17	퀸스산부인과의원	충남 천안시 서북구 성정공원1길 9-13	충남	041-902-6177
2014-18	미르피아여성병원	전북 전주시 완산구 쑥고개로 343	전북	063-211-1004
2014-19	사랑아이여성의원	서울시 송파구 백제고분로 69 애플타워 3층	서울	02-419-7501
2014-20	라온산부인과의원	대전시 동구 동구청로 89-2 (가오동, J타워 9~10F)	대전	042-273-3575

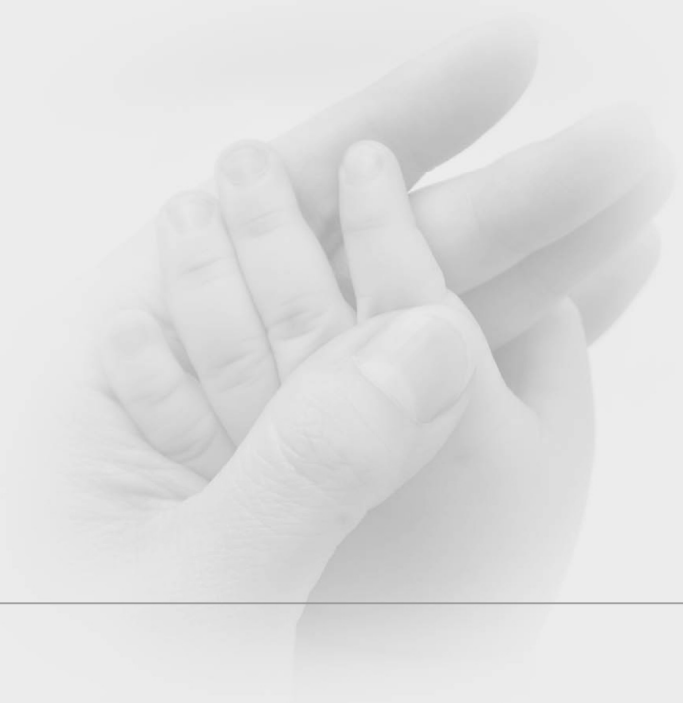
지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2014-21	아이앤맘산부인과의원	강원도 강릉시 옥가로 21, 4,5층(옥천동)	강원	033-648-8114
2015-1	용인제일산부인과의원	경기도 용인시 처인구 중부대로 1347(김량장동)	경기	031-8031-0200
2015-3	청라여성병원	인천시 서구 중봉대로 602(연희동)	인천	032-716-6000
2015-4	의료법인 마리아의료재단 마리아의원	서울시 중랑구 망우로 267	서울	02-2218-7555
2015-5	(학) 울산공업학원 울산대학교병원	울산시 동구 방어진 순환도로 877	울산	052-250-7160
2015-6	(의)양진의료재단 평택성모병원	경기도 평택시 평택로 284	경기	070-5012-3373
2015-7	검단서울여성의원	인천시 서구 청마로19번길 20 (당하동)	인천	070-4550-5486
2015-8	미즈여성의원	경남 진주시 순환로 527 좋은메디칼빌딩 9층	경남	055-745-7711
2015-9	한별여성병원	전북 전주시 덕진구 견훤로 215	전북	063-244-3559
2015-10	차여성의원	서울시중구한강대로416서울스퀘어2층	서울	02-2002-0300
2016-1	메디피아산부인과의원	경기도 남양주시 경춘로 1511(호평동)	경기	031-595-8400
2016-2	아이소망 산부인과	인천시 남구 미추로 56	인천	032-883-3643
2016-3	연세더블유산부인과의원	서울시 마포구 양화로 48, 1층(합정동)	서울	02-334-2330
2016-4	에델여성의원	경남 양산시 물금읍 야리로 127	경남	055-912-0300
2016-5	일신엘여성의원	부산시 북구 금곡대로 287, 902호(화명동, 삼한골든뷰)	부산	051-714-6083
2016-6	국립중앙의료원	서울시 중구 을지로 245(을지로 6가)	서울	02-2260-7114
2016-7	(의)삼성의료재단 강북삼성병원	서울특별시 종로구 새문안로 29	서울	1599-8114, 02-2001-2814
2016-8	드림아이여성병원	충청남도 아산시 배방읍 희망로 46번길 45-17	충남	041-533-6200
2016-9	충청남도홍성의료원	충청남도 홍성군 홍성읍 조양로 224	충남	041-630-6114
2016-10	엠제이산부인과의원	서울특별시 금천구 두산로 81 엠제이산부인과	서울	02-2109-3000

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2016-11	디온여성의원	경기도 화성시 동탄오산로 82, 10층 (오산동, 동탄역퍼스트프라자)	경기	031-304-0060
2017-1	미즈의원	대전광역시 서구 문정로 2번길 95, 2층(탄방동, 주안빌딩)	대전	042-488-2255
2017-2	미래연여성의원	서울특별시 송파구 올림픽로35다길 42, 한국루터회관 2층	서울	02-6012-2220
2017-3	장유산부인과의원	경상남도 김해시 번화1로 80번길 5, 2~4층(대청동, 메카메디칼빌딩)	경남	055-314-9995~6
2017-4	연제일신병원	부산광역시 연제구 고분로 6 (연산동)	부산	051-862-2002
2017-5	앙즈로여성병원	충청남도 천안시 서북구 불당33길 1	충남	041-576-5700
2017-6	미즈메디의원	서울특별시 강남구 도곡로 452	서울	02-3467-3700
2017-7	나무정원여성병원	경기도 양주시 평화로 1489번길 19-11(덕계동)	경기	031-859-1231
2017-8	우리여성의원	경상북도 안동시 은행나무로 91(옥동)	경북	054-850-3575
2017-9	메디플렉스 세종병원	인천광역시 계양구 계양문화로 20(작전동)	인천	032-240-8000
2017-11	모아제일산부인과의원	경기도 김포시 김포한강11로 147, 2~6층(장기동, 은성프라자)	경기	031-988-7004
2017-13	이은희산부인과의원	충청남도 천안시 서북구 불당33길 24, 리엔시티 7층 701~2호	충남	041-567-0020
2017-14	좋은날에 드라마여성병원	부산광역시 동래구 충렬대로 449(안락동)	부산	051-522-7575
2017-15	햇빛병원	서울특별시 강북구 도봉로 74	서울	02-983-7771
2017-16	연세하임산부인과의원	충청남도 천안시 동남구 수곡2길 17-17(신방동)	충남	041-412-5555
2017-17	동탄제일여성의원	경기도 화성시 석우동 삼성1로 138, 1-2층(석우동)	경기	031-8015-7981
2017-18	(의)마리아의료재단 수지마리아의원	경기도용인시수지구신수로767 분당수지유타워 에이동 301호	경기	031-8019-5555
2018-1	달서미즈맘병원	대구광역시 달서구 월배로 62	대구	053-609-5000
2018-2	리오라여성의원	부산광역시 부산진구 중앙대로 686, 3층(부전동)	부산	051-714-1930

지정번호	기관명	소재지	지역	전화번호
2018-3	에이치아이여성의원	서울특별시 강서구 강서로 463 새싹타워 2층	서울	02-3662-0401
2018-4	장스산부인과의원	서울 중랑구 망우로 411	서울	02-490-4000
2018-5	서울아이비에프여성의원	인천광역시 남동구 인하로 507번길 63, 602호(구월동)	인천	032-716-6663
2018-6	서연아이 여성의원	인천광역시 남동구 선수촌공원로 36, 구월아시아드 더블루시티 2층 201~206호	인천	032-464-5800
2018-7	서초 연세더블유산부인과	서울특별시 서초구 반포대로 111, 4층(서초동)	서울	02-587-2330
2018-8	서산부인과의원	세종특별자치시 보듬3로 150, 아름 행복타워 3,4층	세종	044-905-3575
2018-9	미즈맘 의원	충청남도 당진시 밤절로 140(수청동, 원당드림타워 4,5,6,7,8층)	충남	044-355-4800
2018-10	효산의료재단 안양샘여성병원	경기도 안양시 만안구 안양로 215	경기	031-467-1000
2018-11	센텀이룸여성의원	부산광역시 해운대구 센텀2로 20 센텀타워메디칼 10,11층	부산	051-758-8275

V 영유아 사전예방적 건강관리

1. 사업개요
2. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원
3. 선천성대사이상 검사 및 환아관리
4. 선천성 난청검사 및 보청기 지원
5. 취학전 아동 실명예방사업



Ⅴ. 영유아 사전예방적 건강관리

1 사업개요

가. 사업목적

- 신생아의 선천성 장애 조기검진과 미숙아 등의 의료비를 지원하여 장애를 예방하고 건강한 성장 발달 도모

- **(미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원)** 미숙아 및 선천성이상아에 대한 의료비 지원하여 환아가정의 경제적 부담을 완화하고 미숙아 등 고위험 신생아의 건강한 성장 발당 도모
- **(선천성 대사이상검사/환아관리)** 선천성대사이상 유무를 조기 발견·치료하고 특수식이 등을 지속적으로 지원함으로써 정신지체 등 장애 발생을 사전 예방
- **(선천성 난청검사 및 보청기 지원)** 선천성 난청을 조기발견으로 재활치료를 통해 언어·지능 발달장애를 예방함으로써 사회 부적응 등 후유증 최소화
- **(취학전 아동실명예방)** 취학전 아동에 대한 자가시력 검진, 눈 건강을 위한 생활습관 교육, 안질환 조기발견·치료 통한 정상 시력발달 도모

나. 추진경위

- **(미숙아 및 선천성이상아 의료비)**
  - '99년 모자보건법 개정, '00년부터 미숙아 및 선천성이상아에 대한 의료비지원
  - 미숙아의 경우 체중별 의료비 차이가 극심함을 감안, '05년부터 체중별 의료비 차등 지원 실시
  - '16년 10월 신생아집중치료실 주요 비급여 항목 급여화 추진 및 '18년 1월 선택진료비 폐지에 따른 미숙아 및 선천성이상아 지원한도 조정(1kg미만 구간 신설)

● **(선천성대사이상검사 및 환아관리)**

- ’91년부터 저소득층 가정의 신생아에 대한 검사비 지원, ’97년부터 당해 연도에 출생하는 모든 신생아에게 대사이상검사 확대 실시
- ’05년 8월부터 선천성대사이상 환아지원 대상을 저소득층에서 도시근로자가구 월평균소득 200%미만인 가정 대상으로 확대
- ’06년도 검사 종목 확대 : 2종 → 6종 검사(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 갈락토스혈증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 선천성 부신 과형성증)
- ’18년 10월부터 정부지원 선천성대사이상 6종을 포함한 50여종에 대한 “광범위 신생아 선천성대사이상 선별검사” 건강보험 적용으로 지원기준 변경

  * 기준중위소득 180%이하 가구의 신생아 외래 선별검사시 발생하는 본인부담금 지원

● **(신생아난청 조기진단)**

- ’07~’08년까지 시범사업, ’09년부터 전국 단위로 신생아 청각선별검사 실시

  * ’07～’08년 시범사업 실시 : 16개소(’07년), 32개소(’08년)

- ’09년 전국 실시 : 최저생계비 120% 이하(저소득층 지원)
- ’10년 지원범위 확대 : 최저생계비 200% 이하(현재 전국가구 월평균소득 60% 이하)
- ’18년 10월부터 난청선별검사 2종(자동유발이음향방사검사(AOAE), 자동청성뇌간반응검사(AABR)) 건강보험 적용으로 지원기준 변경

  * 기준중위소득 180%이하 가구의 신생아 외래 선별검사시 발생하는 본인부담금 지원

● **(취학전 아동 실명예방)**

- ’95년 최초 안검진 사업 시작

  * 지역 : 서울시 중구, 검진대상자 : 만 4세~5세 아동(1,441명)
  * 사업추진 기관명 : 한국실명예방재단

- ’96년 취학 전 아동의 조기시력검진사업 전국세미나
- ’97~’99년 안검진 사업

  * 지역 : 서울시, 검진대상자 : 만 4세~6세 아동(44,704명)
  * 사업추진 기관명 : 한국실명예방재단

- ’00년부터 취학전 아동 실명예방사업 실시(사업추진 기관 : 한국실명예방재단)

  * 지역 : 전국, 검진대상자 : 만 3세~6세 아동(500,000명)

- ’16년부터 “취학전 아동실명예방사업” 공모 방식을 통해 사업수행기관 선정

다. 지원근거 : 모자보건법 제3조 및 제10조, 영유아보육법 31조

< 모자보건법 >

- **제3조(국가와 지방자치단체의 책임)** ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.
- **제10조(임산부·영유아·미숙아 등의 건강관리 등)** ① 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령이 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건요원으로 하여금 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 관하여 필요한 조치를 하여야 한다.

  ②특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아 등 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료지원을 할 수 있다.

  1. 진찰 2. 약제나 치료재료의 지급 3. 처치(處置), 수술, 그 밖의 진료 4. 의료시설에의 수용 5. 간호 6. 이송

< 모자보건법 시행령>

- **제13조(임산부·영유아 및 미숙아등의 건강관리 등)** ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 임산부·영유아 및 미숙아등에게 법 제10조제1항에 따라 다음 각 호의 건강진단 및 예방접종을 하여야 한다.

  1. 임산부의 진단과 종합검진 및 산전(産前)·분만·산후(産後)관리
  2. 영유아 및 미숙아등에 대한 건강관리 및 건강진단
  3. 임산부·영유아 및 미숙아등의 건강상의 위해요인 발견
  4. 「전염병예방법」 제11조제1항 각 호의 질병 및 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 질병의 예방접종

< 영유아보육법 >

제31조(건강관리 및 응급조치) ①보육시설의 장은 영유아와 보육시설종사자에 대하여 건강진단을 실시하는 등 건강관리를 하여야 한다.

라. 영유아 건강관련 통계

□ 출생아 수, 조 출생률 및 합계출산율

(단위: 명, 인구 1천명당 명, 가임여성 1명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
출생아 수	470,171	471,265	484,550	436,455	435,435	438,420	406,243	357,771
조출생률	9.4	9.4	9.6	8.6	8.6	8.6	7.9	7.0
합계출산율	1.226	1.244	1.297	1.187	1.25	1.24	1.17	1.05

* 자료출처 : 「2016 출생통계」 통계청

□ 영아사망률

(단위: 출생아 1천명당 명)

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영아사망률	3.2	3.2	3.0	2.9	3.0	3.0	2.7	2.8
OECD평균	6.2	5.9	5.8	5.6	5.6	5.7	4.0	3.5

* 자료출처 : 「2016 영아·모성출생전후기 사망통계」 통계청, OECD Health Stauts Data (2017.12추출)
* 영아사망률(Infant Mortality Rate) : 특정연도의 1세 미만의 사망아수/당해연도의 연간 총 출생아수×1,000

□ 연도별 미숙아 발생 추이

(단위 : 명, %)

구 분		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
저체중아 (2.5kg미만)	발생률	4.9	5.2	5.3	5.5	5.7	5.7	5.9	6.2
	발생수 (천명)	23	24.6	25.8	24.2	24.8	25.1	23.8	22.0
조산아 (37주 미만)	발생률	5.8	6.0	6.3	6.5	6.7	6.9	7.2	7.6
	발생수 (명)	27,309	28,106	30,359	28,215	29,058	30,410	29,390	27,098

* 체중, 임신기간, 다태아 여부 미상 제외

* 자료출처 : 「2017 Kosis」 통계청

2 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원

목 적

- 지역사회에서 미숙아 및 선천성이상아에 대한 지속적인 보건·의료·재활서비스 등의 연계 실시를 통하여 고위험 신생아의 건강한 성장발달을 도모
- 미숙아 및 선천성이상아 출산으로 입원 및 수술 등 치료에 소요되는 비용의 부담으로 치료의 포기 및 지연 등으로 발생하는 사망 및 장애 예방을 위한 의료비 지원

가. 미숙아·선천성이상아 등록관리 (보건소)

1) 미숙아 및 선천성이상아 보고관리 및 지원 사업 홍보

- 효율적인 미숙아 및 선천성이상아 등록을 위하여 의료기관 및 임산부 등을 대상으로 등록관리 취지와 의료비지원에 대한 교육 및 홍보 실시
- 미숙아 및 선천성이상아 치료 및 관리에 종사하는 의사, 조산사 및 간호사는 물론 관련단체 및 학회 등을 대상으로 사업의 취지 및 목적을 홍보하여 미숙아 및 선천성이상아 출생 직후 관할 보건소에 보고하도록 유도

* 의료기관의 장은 미숙아 및 선천성이상아 출생 시 지체없이 관할 보건소에 보고〈모자보건법 제8조④항, 동법 시행규칙 제7조의2〉

- 대상자에 대한 기본 정보의 확보와 집중관리 수요를 파악하고 지역 내 적절한 신생아 집중치료관리 자원을 공급·유지함으로써 영아사망과 장애발생을 최소화

2) 등록카드 작성 관리

- 미숙아 및 선천성이상아의 출생을 보고 받은 보건소장은 등록카드를 작성·관리(전산망 입력관리 가능)하여 의료기관과 연계를 통한 특별관리 및 정보체계구축
  - 미숙아 및 선천성이상아 등록카드 작성관리, 건강진단 실시
  - 지역 내 미숙아 및 선천성이상아 어머니의 자조그룹 형성 권장 등 지역 실정에 맞는 프로그램 개발 운영

- 의료기관으로부터 미숙아 및 선천성이상아 출생을 보고받은 관할 보건소장은 미숙아 등을 출산한 임산부 주소지 관할 보건소로 관련 자료를 이송하여 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 및 관리 원활화

3) 법적근거

- **모자보건법 제8조(임산부의 신고 등)** ④ 의료기관의 장은 해당 의료기관에서 미숙아나 선천성이상아가 출생하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건소장에게 보고하여야 한다.
  ⑤ 제4항에 따른 미숙아 또는 선천성이상아(이하 “미숙아등”이라 한다)의 출생을 보고받은 보건소장은 그 보호자가 해당 관할 구역에 주소를 가지고 있지 아니하면 그 보호자의 주소지를 관할하는 보건소장에게 그 출생 보고를 이송하여야 한다.
- **제9조의2(미숙아등의 정보 기록·관리)** 제8조제4항과 제5항에 따라 미숙아등의 출생 보고를 받은 보건소장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미숙아등에 대한 정보를 기록·관리하여야 한다.

4) 의료지원 및 관리방안계획 수립 시행

- 시장·군수·구청장은 정기적으로 건강진단・예방접종을 실시하거나 방문건강관리 사업과 연계하여 동 가정을 방문하여 보건의료서비스를 제공하는 등 필요한 조치 등에 대한 계획 수립 시행

- 미숙아 및 선천성이상아 중 입원진료를 요하는 자에게 진찰, 약제 또는 치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 의료시설의 수용, 간호, 이송 등의 의료지원을 함으로써 영아사망률 하향 안정 정착에 노력

  ※ 신생아(출생후 28일이내)는 입원시 입원진료비 중 본인부담금 면제

  ※ 그 이외의 영유아(15세이하 아동)는 입원진료비 중 본인부담금 완화 (5%만 부담)

  ※ 미숙아(조산아 및 저체중아)가 외래에서 진료를 받을 경우 출생일로부터 3년까지 본인부담률 10% 적용(단, 의원, 치과의원 및 보건의료원에서 외래진료시 요양급여비용 총액의 5%)

  ※ 1세미만 영유아가 외래진료 이용시 본인부담 완화(종별 21~42% → 5~20%)

나. 미숙아·선천성이상아 의료비 지원

1) 추진목적 및 근거 (공통사항)

- 추진목적
  - 미숙아 및 선천성이상아에 대한 의료비를 지원하여 과다한 의료비 지출로 인한 치료 포기 등으로 발생하는 장애 및 영아 사망을 예방
  - 미숙아 및 선천성이상아는 적기에 치료를 받지 못할 경우 장애가 발생할 우려가 높으며 장애발생 시 사회적 비용 증가
  - 저출산 문제의 해소를 위한 정책의 하나로 인식하고 출생한 아이들을 건강하게 돌보는 사회지원체계 구축

- 법적근거 : 모자보건법 제3조 및 제10조

제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.

제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아 등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건요원에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.

② 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다. 1. 진찰, 2. 약제나 치료재료의 지급, 3. 처치(處置), 수술, 그 밖의 치료, 4. 의료시설에의 수용, 5. 간호, 6. 이송

2) 지원 대상 및 선정기준 (공통사항)

- 지원대상
  - 기준 중위소득 180% 이하 가구에서 출생한 미숙아 및 선천성이상아
  - 다자녀(2명 이상) 가구에서 출생한 미숙아 및 선천성이상아인 경우, 소득수준에 관계없이 지원
    ※ 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정
  - 상기 기준을 원칙으로 하되, 예산의 범위 내에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장 (보건소장)이 추가지원이 필요하다고 인정하는 경우

미숙아 및 선천성이상아의 정의

- **(모자보건법 제2조 : 정의)** 5. "미숙아(未熟兒)"란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
  6. "선천성이상아(先天性異常兒)"란 선천성 기형(奇形) 또는 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
- **(모자보건법 시행령 제1조의2 : 미숙아 및 선천성이상아의 기준)** 「모자보건법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제5호 및 제6호에 따른 미숙아 및 선천성이상아(이하 "미숙아등"이라 한다)의 기준은 다음 각 호와 같다.
  1. 미숙아 : 임신 37주 미만의 출생아 또는 출생 시 체중이 2천500그램 미만인 영유아로서 보건소장 또는 의료기관의 장이 임신 37주 이상의 출생아 등과는 다른 특별한 의료적 관리와 보호가 필요하다고 인정하는 영유아
  2. 선천성이상아 : 보건복지부장관이 선천성이상의 정도·발생빈도 또는 치료에 드는 비용을 고려하여 정하는 선천성 이상에 관한 질환이 있는 영유아로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 영유아
     가. 선천성이상으로 사망할 우려가 있는 영유아
     나. 선천성이상으로 기능적 장애가 현저한 영유아
     다. 선천성이상으로 기능의 회복이 어려운 영유아

- 선정기준

① **소득요건 판정기준**: 건강보험료 본인부담금 고지금액을 기준으로 가구원수별 건강보험료 이하인 가구

【2019년 가구원수·가입유형별 소득판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준 중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금 (고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금액 : 장기요양보험료 미포함 금액임
※ 소득판정 기준표 적용기간 : '19.1.1.~'19.12.31.까지 적용

② **가족수 산정 방법 : 신생아 출생일을 기준으로 가족수를 산정**하며 출생 신고 전의 신생아도 가족 수에 포함

대원칙 : 미숙아(선천성이상아)대상 부모와 동일 거주지에 거주하는 직계존비속만을 가족수로 합산, 직계존비속의 경우 소득이 있어 별도 보험료를 납부한다면 가족수에서 제외

- 미숙아(선천성이상아)부모와 그 자녀(재혼가정의 경우 이전 혼인의 자녀 포함)
- 미숙아(선천성이상아)부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 피부양자(직장가입자)
- 미숙아(선천성이상아)부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 동일 세대의 세대원으로서 보험료를 납부하는 자(지역가입자)
- 미숙아(선천성이상아)부모가 주민등록상 주소지가 서로 다른 경우 부모 각각의 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 자
- 신생아 부모가 직계존속(조부모)의 피부양자(건강보험가입자)인 경우 동 직계존속(조부보)을 가족수 포함

※ 주민등록상 주소지가 미숙아(선천성이상아)부모와 동일한 직계존비속이라도 별도의 건강보험 가입한 경우 "가족수 및 건강보험료"를 합산하지 않음(직계존비속 부부중 1인은 가입자이고, 1인은 배우자의 피부양자인 경우 모두 가족수에서 제외)

③ 보험료 산정 방법

- 보험료는 동 사업의 지원 신청일자 기준, 직전월 건강보험료 고지금액 활용
  - 매년 4월 중 실시되는 전년도 보험료 정산으로 보험료 조정분이 고지될 경우는 조정분이 반영된 정상월분으로 평가
    * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영
- 직장가입자가 신청일 기준 1개월 이상 휴직한 경우
  ① 1개월 미만 휴직 : 신청일 기준 직전월 건강보험료
  ② 1개월 이상 무급 휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 '소득 없음'으로 판정
  ③ 1개월 이상 유급 휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 급여명세서상의 신청기준 직전월분 급여액에 건강보험료 본인부담률을 곱하여 산정

휴직기간	추가제출서류	급여여부	판단기준
1개월 미만	–	–	휴직직전의 건강보험료로 평가
1개월 이상	휴직증명서	무급	소득 없음 판정
		유급	직전월분 급여액×건강보험료 본인 부담률

* 직장가입자 건강보험료율의 본인부담률 : 보수월액의 3.23%('19년)
↳ 2018년 본인부담률 : 3.12%

※ 보수월액에 산정되지 않는 경우 : 보수퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직 수당, 보훈급여 수당(국가유공자) 등 소득세법에 따른 비과세 근로소득(소득세법 제12조 참조)

- 임의계속 가입자 보험료 산정 근거

<국민건강보험법>

제110조(실업자에 대한 특례) ① 사용관계가 끝난 직장가입자 중 보건복지부령으로 정하는 사람은 지역가입자가 된 이후 최초로 제79조에 따라 지역가입자 보험료를 고지받은 날부터 그 납부기한에서 2개월이 지나기 이전까지 공단에 직장가입자로서의 자격을 유지할 것을 신청할 수 있다.

◈ 참고사항

[국민건강보험법 시행령]

제44조(보험료율 및 보험료부과점수당 금액) ① 법 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율은 1만분의 624로 한다. 〈개정 2012. 12. 27., 2013. 9. 26., 2014. 11. 20., 2015. 12. 22., 2017. 12. 29.〉 ② 법 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액은 183.3원으로 한다.〈개정 2012. 12. 27., 2013. 9. 26., 2014. 11. 20., 2015. 12. 22., 2017. 12. 29.〉

[보수월액]

근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당

* 보수월액에 포함되지 않는 경우 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 소득세법에 따른 비과세 근로소득
* 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위내에서 분할 납부하므로 복직후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률로 지원자격 여부를 판정할 것(휴직 기간중 건강 보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

- 부부 보험료 합산
  - 부부가 별도의 건강보험증상 등재된 경우(맞벌이 등으로 양쪽 보험료 합산)
    * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영
  - 부부가 별도의 건강보험증상 피부양자로 등재된 경우 : 양쪽 보험료 합산(직장가입자), 보험료 합산 및 등재 인원 모두 가족수 합산(지역가입자)
- 부부 중 한명이 외국 국적인 경우 모두 건강보험 가입자일 것
- 부부 중 한명이 국민기초생활보장법에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자인 경우 기초생활 수급가구로 인정
- 부부 중 한명이 국가유공자로서 국민기초생활보장법의 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입의무자가 아닌 경우 최근월분 소득금액에 건강보험료 본인부담률을 적용하여 보험료 합산
- 건강보험 자격정지(상실)된 경우에는 자격을 회복하고, 건강보험 급여가 정지된 경우에는 급여정지를 해제(보험료 납부 조치)한 후 고지된 보험료 금액을 기준으로 대상자를 선정

3) 지원신청 (공통사항)

● 의료비 신청방법 및 기간

- 보건소에 미숙아 및 선천성이상아로 등록된 자의 부모가 의료비지원신청서, 퇴원 또는 퇴원 전 중간진료비영수증*, 출생증명서 등의 서류를 구비하여 퇴원일로부터 6개월 이내 신생아 주민등록 소재지의 부모가 관할보건소에 신청

* 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 1-바항에 요양기관은 요양급여에 필요한 약제·치료재료를 직접 구입하여 가입자 등에게 지급하도록 규정하고 있으므로, 요양기관에서 발급한 진료비 계산서 인정

- 다만, 신청기간을 경과하여 접수된 경우는 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정될 경우 지원가능하며, 퇴원 전 의료비를 신청(중간정산)하는 경우는 청구금액이 해당 한도를 초과한 경우에 한하여 가능
- 신생아 주민등록을 완료한 후 신청하도록 하며 부득이한 사정으로 주민등록 전 신청하는 경우이면서 부와 모의 거주지가 다른 경우 모의 거주지를 우선으로 하되 필요한 경우 신청이 편리한 보건소에 신청(중복 신청하는 경우가 없도록 양쪽 보건소에서 조치)

● 의료비지원 신청 제출서류

- 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청서 1부 <서식 참조>
- 첨부서류

① 진료비영수증 원본(혹은 '원본대조필' 사본) 1부

※ 지원금 산정 등에 필요한 경우 진료비 상세구분내역서 1부

② 입금계좌통장 사본 1부

③ 출생보고서(출생증명서) 사본 1부

* 출생 신고 전, 사망한 아기의 경우에는 출생증명서로 확인

④ 질병명이 포함된 진단서 또는 진단명이 명시되어 있는 입·퇴원 증명서 등 1부 (단, 미숙아 지원의 경우 세부영수증, 의료비 명세서 등 상의 미숙아 진단 확인이 가능한 경우 생략 가능)

⑤ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있을 경우 가족관계증명서 1부 제출)

⑥ 건강보험증 사본 1부(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드 첨부)

⑦ 건강보험료 납부확인서의 고지금액 1부(단, 맞벌이 부부일 경우 부부 모두 첨부)

* ⑤~⑦의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략

⑧ 신청일 기준 1개월 이상 휴직자의 경우 휴직증명서*

* 휴직증명서는 휴직여부 및 휴직기간을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능(무급 또는 유급 휴직 여부를 명시한 소속기관의 재직 증명서, 기관에서 발행한 확인증명서 등)

⑨ 신청일 기준 1개월 이상 유급 휴직자의 경우 급여명세서

'행정정보 공동이용' 활용 안내

- **행정정보 공동이용 등록사무명** : "영유아 사전예방적 건강관리"
- **이용 가능 정보내용**
  - 주민등록정보(주민등록등본) : 가구원, 가족수 확인 (* 동일거주지에 등재 및 동거함이 원칙)
  - 건강보험증 및 건강보험료 본인부담금 납부영수증 또는 납부확인서
- **보건소 업무담당자 사전조치 사항**
  - 기관별 행정정보공동이용 담당자(분임공동이용관리자)로부터 행정정보 공동이용 접근권한을 신청하여야 함(* 보건소 권한 신청 부서는 구청 민원봉사과 등에서 담당)
- **지원대상자가 해야 할 사항**
  - 지원신청서 뒷면의 '행정정보 공동이용 사전동의서'에 동의(서명)하여야 하며, 동의하지 않는 경우 관련 서류를 별도 제출하여야 함

※ 국제결혼자의 경우 주민등록 조회가 불가능할 경우 가족관계증명서 제출

4) 지원요건 및 범위

4)-가.	미숙아(저체중아 및 조산아) 의료비 지원

① 지원요건

- 출생 후 24시간내 긴급한 수술 또는 치료가 필요하여 신생아중환자실*에 입원한 미숙아에 한함(미숙아라고 할지라도 일반신생아실 입원시는 대상에서 제외)

* 신생아중환자실(NICU) : 2.5kg 미만의 미숙아와 심장이상 등 선천성 질환을 가진 고위험 신생아를 집중치료 할 수 있는 신생아 중환자실

② 지원범위

- 요양기관에서 발급한 진료비 영수증(약제비 포함)에 기재된 의료비의 급여 중 일부본인부담의 본인부담금을 제외한 전액본인부담금 및 비급여
  ⇨ 건강보험·의료급여 상한제로 인한 이중지원 예방

◈ 참고사항

- (건강보험·의료급여 상한제)고액 중증 질환자의 진료비 부담으로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하고 보장성을 강화하기 위하여 시행하는 제도
- 건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) ② 제1항에 따라 본인이 부담한 비용(이하 "본인부담액"이라 한다)의 연간 총액(별표 2 제4호에 따라 부담한 금액은 제외한다)이 별표 3에 따른 금액을 넘는 경우에는 공단이 그 넘는 금액을 부담한다.

- 신생아집중치료실 부족으로 대기 혹은 이송을 사유로 24시간 이내 신생아중환자실에 입원하지 못하는 경우 의료기관의 확인을 받아 지원가능
- 기존에 지원 제외되었던 30% 산정코드(기본 5자리+산정코드2번째자리에 2 사용(AJ101020))지원 가능

③ 지원제외

- 재입원, 외래 및 재활치료, 이송비, 제증명서 발급비용, 상급병실료 차액, 보호자 식대, 선천성대사이상 텐덤메스 검사비용, 미숙아용 기저귀, 체온계 등 치료와 직접 관련없는 소모품, 예방 접종비* 등은 지원범위에서 제외

* 예방접종비의 경우 치료 목적이 포함된 경우 의료기관 확인 후 지원 가능

◈ 참고사항

- (상급병실료 차액)1인 이하가 입원할 수 있는 병상(상급병상)이용료 중 기본입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용비용
- 『국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙』[별표 2]비급여대상(제9조제1항관련)

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(상급종합병원, 종합병원의 경우 1인) 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원의 상급병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)

- 기본입원료란 : 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 내지 제4항, 제9조제1항, 제11조제1항, 제12조제2항 및 제13조제1항·제3항에 의한 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시)에 의거 산정한 비용

- 간이영수증으로 발급받은 의료비 또는 개인이 직접 구입한 소모품비는 지원 제외

※ 다만, 요양기관에서 발급한 간이영수증 중 검사비, 처치 및 수술료 등은 해당 의료기관의 업무담당자의 확인을 통하여 지원 가능

- 한국희귀의약품센터에서 구입한 의약품은 담당의사의 처방전 또는 진단서(희귀 약품 신청용)가 있는 경우에 한하여 지원 가능
- 해외 의료기관에서 출생한 대한민국 국적의 미숙아(NICU입원) 경우 발생한 의료비의 20% 범위 내에서 지원하되 출생 시 체중별 최고 지원금액을 초과할 수 없음

* 해외 의료기관에서 발생한 의료비는 국내 건강보험의 급여적용이 불가하여 지원범위인 급여 중 전액본인부담금 및 비급여를 구분할 수 없으므로 비급여 등에 해당하는 수준인 20% 정률 적용하여 지원범위(지원대상금액)로 함

※ 지원범위 = 해외 의료기관에서 발생한 의료비×20%

1. 지원범위가 출생 시 체중별 최고 지원금액보다 많은 경우 ➡ 출생 시 체중별 최고지원 금액까지만 지원
2. 지원범위가 출생 시 체중별 최고 지원금액보다 적은 경우 ➡ 지원범위에 해당하는 금액만 지원

④ 지원금액

출생시 체중	2.5kg 미만~2.0kg, 재태기간 37주 미만	1.5kg~2.0kg미만	1kg~1.5kg 미만	1kg 미만
1인당 최고지원액	3백만원	4백만원	7백만원	10백만원

- 지원 의료비 금액별 지원율 차등 적용

i) 지원 의료비가 100만원 미만의 경우는 전액(100%)

ii) 지원 의료비가 100만원을 초과하는 경우

- 본인부담금중 100만원을 제외한 금액에 대하여는 90%를 적용하여 지원금액 산정

예 본인부담금 130만원 일 경우 지원액
{(130만원-100만원)×0.9} + 100만원 = 127만원

iii) 출생시 체중별 1인당 최고지급액을 초과할 수 없음

◈ 참고사항

보건복지부고시 제2016-204호 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
가9. 중환자실입원료 : 신생아 중환자실 입원료 인정기준
"신생아 중환자실 입원료"의 인정기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 적응증
1) 재태기간 34주미만 혹은 출생체중 1,750ｇ이하의 저체중출생아
 가) 수유가 가능하고 체중이 2,000ｇ이 되는 때까지 인정
 나) 특별한 합병증이 있거나 처치가 필요한 경우는 그 기간동안 인정
2) 신생아에서 재태기간, 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중하여 각종 인공호흡기, 감시장치, 체외순환막형산화요법(ECMO) 등의 처치 또는 관리가 필요한 경우 그 기간동안 인정
3) 재태기간 34주이상 혹은 출생체중 1,750ｇ초과 신생아에서 아래 중 하나 이상에 해당하여 특별한 처치나 관리가 필요한 경우 그 기간동안 인정

- 아 래 -

 가) 산모의 임신, 진통, 분만상의 중요 문제
 나) 신생아의 활력 징후에 영향을 미쳐 즉각적인 검사나 처치가 필요한 선천성 기형 등의 복잡한 문제
 다) 산모의 질환이 태아에 영향을 끼친 경우
 라) 신경계 질환
 마) 신생아에서 호흡곤란을 초래하는 경우나 호흡기질환
 바) 중증 신생아 황달, 핵황달 혹은 중등도 신생아 황달에서 각종 위험인자를 동반하는 경우
 사) 순환기계 이상
 아) 급성탈수증, 탈수열, 급성쇼크
 자) 급성대사장애
 차) 신부전, 핍뇨, 혈뇨
 카) 혈액질환
 타) 신생아감염증
 파) 위장관질환
 하) 미숙아, 저체중출생아에서 잘 생기는 중요 합병증
 거) 수술후 중환자실 관리가 필요한 경우
4) 미숙아가 생후 4주 후 재입원하는 경우에는 교정연령이 44주이내인 경우로서 상기 '3)의 가)~거)'에 해당하는 경우
5) 상기 '1)~4)'에 해당되지는 않으나 재태기간 35주 미만 혹은 출생체중 2,000ｇ이하로 출생한 저체중 출생아의 경우에는 수유가 가능하고 체중이 2,000g이 되는 때까지 신생아 중환자실 입원료의 80%를 인정함 (산정코드 두 번째 자리에 1로 기재)
6) 상기 '1)~5)'에 해당하지 않으나 신생아 중환자실에 입원하고 있는 경우 신생아 중환자실 입원료의 30%를 인정함(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)

나. 기타
신생아 중환자실에서 치료받던 신생아가 치료도중 생후 4주가 경과한 경우나 '가. 4)'로 재입원한 경우에는 퇴실시까지 신생아 중환자실 입원료를 산정함. 다만, 교정연령이 만 1세를 초과하는 경우, 그 이후는 신생아 중환자실 입원료의 80%를 인정함(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재).

4)-나.	선천성이상아 의료비 지원

① 지원 요건

- 출생 후 28일 이내 의료기관에서 질병코드가 Q로 시작하는 선천성이상으로 진단받은 환아로서, 출생 후 6개월 이내 선천성이상을 치료하기 위하여 입원하여 수술한 의료비

  * 임상적 추정으로 진단한 경우는 수술 치료 후 최종 진단이 임상적 추정 진단과 동일한 경우 인정할 수 있음

  * 반드시 입원하여 치료를 위한 수술을 시행하고 그에 따른 치료비용에 한하여 지원

사 례	지원여부
– 외래에서 수술(시술)한 경우	지원불가
– 입원하여 수술은 없이 치료한 경우	지원불가
– 입원하여 수술하고 그에 따른 치료를 한 경우	지원
6.20일 출생 후 6.23일 선천성이상아로 진단받은 후 수술을 위해 12.10-12.25까지 입원 후 퇴원한 경우	· 12.10~12.19까지 발생한 의료비는 지원
	· 12.20~12.25까지 발생한 의료비는 지원하지 않음

- 2회이상 입·퇴원하여 수술했을 경우 의료비 지원 가능(QnA 8번 참고)

> 예 6.20일 출생 후 6.23일 선천성이상아로 진단받은 후 수술을 위해 6.20-6.28까지 입원 후 퇴원하고, 다시 7.20~7.30까지 수술을 위해 입원했다 퇴원 후 6.20~6.28까지 입원했던 의료비를 신청하였더라도, 7.20~7.30까지 입원했던 의료비도 신청가능, **단 의료비 신청은 최종 수술이 끝난 후 일괄 신청하도록 안내**

- 단, 선천성이상질환 중 직장항문폐쇄/협착(Q42)의 경우 의료인에 의한 사전적·구체적 계획에 의해 몇 차례 수술이 연속적으로 이뤄질 경우 출생 후 1년 이내의 수술비 지원 가능(이 때 지원금 합계가 최대지원금인 500만원을 초과할 수 없음)

② 지원 범위

- 요양기관에서 발급한 진료비 영수증(약제비 포함)에 기재된 의료비의 급여 중 일부본인부담의 본인부담금을 제외한 전액본인부담금 및 비급여

◈ 참고사항

- (건강보험·의료급여 상한제)고액 중증 질환자의 진료비 부담으로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하고 보장성을 강화하기 위하여 시행하는 제도
- 건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) ② 제1항에 따라 본인이 부담한 비용(이하 "본인부담액"이라 한다)의 연간 총액(별표 2 제4호에 따라 부담한 금액은 제외한다)이 별표 3에 따른 금액을 넘는 경우에는 공단이 그 넘는 금액을 부담한다.

③ 지원 제외

- 외래 및 재활치료, 이송비, 제증명서 발급비용, 상급병실료 차액, 보호자 식대, 선천성대사이상 텐덤메스 검사비용, 청각검사 비용* 치료와 직접적으로 관련 없는 예방접종비 등은 지원범위에서 제외
- 설유착증(Q38.1) 및 구개구순(Q35~Q37)수술시 동반한 코성형 제외

* 코성형의 경우 반드시 필요하다는 명확한 사유(기능적 의학적 필요성)가 기재된 의료진의 소견서가 첨부되었을 경우 지원가능('필요에 의해' 등의 불명확한 소견서는 지원 불가)

※ 이외에도 선천성이상아 치료와 무관한 비용은 지원 제외

※ 진료비 영수증으로 확인이 어려울 경우 진료비 상세내역서(진료비 구분산정 내역서) 또는 해당 의료기관의 업무담당자에게 확인 후 지원

- 간이영수증으로 발급받은 의료비 또는 개인이 직접 구입한 소모품비는 지원에서 제외됨

※ 다만, 요양기관에서 발급한 간이영수증 중 검사비, 처치 및 수술료 등은 해당의료 기관의 업무담당자의 확인을 통하여 지원 가능

- 한국희귀의약품센터에서 구입한 의약품은 담당의사의 처방전 또는 진단서(희귀 약품 신청용)가 있는 경우에 한하여 지원 가능

⇨ 해외 의료기관에서 발생한 의료비는 국내 건강보험의 급여적용이 불가하여 지원범위인 급여 중 전액본인부담금 및 비급여를 구분할 수 없으므로 비급여 등에 해당하는 수준인 20% 정률 적용하여 지원범위(지원대상금액)로 함

※ 지원범위 = 해외 의료기관에서 발생한 의료비 × 20%

1. 지원범위가 출생 시 체중별 최고 지원금액보다 많은 경우 ➡ 출생 시 체중별 최고지원 금액까지만 지원
2. 지원범위가 출생 시 체중별 최고 지원금액보다 적은 경우 ➡ 지원범위에 해당하는 금액만 지원

④ 지원금액 : 1인당 최고 500만원까지 지원

- 지원 의료비 금액별 지원율 차등 적용

i) 지원 의료비가 100만원 미만의 경우는 전액(100%)

ii) 지원 의료비가 100만원을 초과하는 경우

- 본인부담금중 100만원을 제외한 금액에 대하여는 90%를 적용하여 지원금액 산정

예 본인부담금 130만원 일 경우 지원액
{(130만원-100만원)×0.9} + 100만원 = 127만원

4)-다.	선천성이상 질환을 가지고 미숙아로 태어난 경우

① **지원금액** : 「미숙아 출생 체중별 최고 지원 금액(3～10백만원)」+「선천성이상아 최고 지원금액(5백만원)」

미숙아 출생 시 체중	2.5kg 미만~2.0kg, 재태기간 37주 미만	1.5kg~2.0kg미만	1kg~1.5kg 미만	1kg 미만
1인당 최고지원액	3백만원	4백만원	7백만원	10백만원
선천성이상아	5백만원			
동반 최고금액	8백만원	9백만원	12백만원	15백만원

② **산정방법**

- 미숙아 치료비용과 선천성이상아 치료비용 구분산정
  - 미숙아 의료비는 우선 신생아집중치료실에 입원을 기준으로 산정하고,
  - 선천성 이상아의 경우 우선 수술비를 기준으로 산정
  - 미숙아 치료와 선천성이상 치료 기간이 다른 경우 반드시 분리하여 지원금액 산정
  - 치료 및 투약 등 의료비 발생내역은 적용질환별 구분이 용이하지 않으므로 담당 의료진의 협조를 통하여 구분 가능한 수준까지 분리하여 산정
  - 단, 미숙아 및 선천성이상 치료가 동시에 이루어지고 질환별 의료비발생내역 구분이 불가능한 경우 총 지원금액 범위내에서 지원할 수 있음

● **한국심장재단 심장질환 지원 안내**

- 대상 : 경제적 형편이 어려운 자 중 심사를 통해 지원 결정
- 지원방법 : 수술전 환자만 접수 가능(당일 입원·수술한 응급환자, 만 19세 미만의 소아·청소년 심장병 환자는 수술 후 7일 이내에 접수 가능)
- 연락처 : 02) 414-5321~3(www.heart.or.kr)

● **질병관리본부 '희귀난치질환의료비 지원사업' 안내**

- 선천성이상아 의료비지원 신청 시 선천성이상 질환이 희귀난치질환의료비지원사업의 대상 질환인지를 확인하고 희귀·난치성질환자 의료비 지원 대상 질환인 경우에 희귀·난치성질환자 의료비 지원사업 안내하여 산정특례자 등록하도록 함
  희귀·난치성질환자 의료비 지원 대상 질환에는 Q코드 113개 질환 포함(참고자료 4)
- 사업담당 부서 : 질병관리본부 사업과(심혈관·희귀질환과)

5) 지원절차

단계	구분	업무 흐름	비고
출생	출생보고	● 미숙아 및 선천성이상아 출생 보고	**의료기관** ↓ 보건소
	출생등록 및 지원사업 안내	● 출생등록 및 지원사업 안내	**보건소** ↓ 환아가정 (보호자) 또는 의료기관
신청	의료비지원 신청	● **(환아가정(보호자))** 의료비지원신청 ● **(환아가정(보호자))** 필요시 의료기관에 지급보증요청 ↳ **(의료기관)** 보건소로 지급보증신청 ● **(보건소)** 의료비지원 대상자 소득 **(건강보험료)** 및 지원기준 적합여부, 지원금액 산정 등	**환아가정 (보호자) 또는 의료기관** ↓ 시·군·구 보건소
지원	의료비 지급 * 시·도지사 및 시장·군수·구청장 또는 보건소	● 납부한 전액 본인부담금 및 비급여(급여 중 본인부담금 제외)중 지원한도 내 의료비 지급 * 중간계산의료비 지원요청 시 지원가능 ● 의료기관 지급보증 시 환아가정 (보호자)에서는 해당 금액을 제외 (보건소에서 의료기관으로 직접 지급)한 나머지 비용을 의료기관에 지불한 후 퇴원 ↳ 체중별 지원한도 범위 내에서 의료기관 지급보증 해당 금액을 제외한 나머지 금액에 대해 보건소로 지원신청 가능	**시·군·구 보건소** ↓ 환아가정 (보호자) 또는 의료기관
	지급보증 처리	● 지급보증금액 지불요청 및 지급	의료기관 ↔ 보건소

지원 대상자 결정 및 지급

- 의료기관 또는 미숙아 출산가정의 부모 등이 신고한 미숙아 중 지원을 요하는 자가 신청서를 구비하여 보건소에 제출하면 보건소장은 지원여부를 심사하고 심사의견이 포함된 지원 결정액 등 관계서류를 해당 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 송부
- 광역시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 이송된 지원관계 서류에 이상이 없고 예산부족의 문제가 없는 경우에는 퇴원일기준로부터 30일 이내 신청자의 은행계좌로 입금

본인부담금 지급보증제 이용 절차

본인부담금 지급보증제란, 환아 가정에서 본인부담금에 대한 의료비 완납이 불가한 경우, 환아 가정의 본인부담금 중 지원가능액 한도 내에서 의료기관이 직접 보건소로 신청하고, 나머지 차액은 환아 가정이 부담하는 제도

- 보호자는 의료비지원신청서 및 구비서류를 보건소에 제출

  ※ 진료비영수증 대신 퇴원 전 진료비계산서를 제출하고, 의료비지원신청서 상 '입금은행 및 계좌번호'란에 '병원으로 직접 지급 요청'으로 기재

- 보건소는 해당 출생아가 의료비지원 대상자임을 의료기관에 통보하고 의료비 지원금 지급을 보증
- 의료기관은 공문으로 환자의 진료비 중 의료비지원금을 보건소에 청구하고, 나머지 금액은 보호자에게 청구

  ※ 청구 시 공문과 함께 퇴원전 진료비계산서, 입금통장사본을 별도 첨부

- 보건소는 제출 서류를 근거로 의료비지원금을 의료기관으로 직접 지급
- 유의사항
  - 본인부담금지급보증제 확대 실시는 지원대상 부모 등이 의료비를 계산한 후 보건소에서 지원금액을 돌려받는 등의 불편 감소
  - 의료기관에 의료비를 지불한 후 신청하는 경우에는 지원금액을 신청자(의료비를 지불한)에게 지급
  - 선천성이상아 의료비지원도 위의 본인부담금 지급보증제를 확대 적용
  - 보건소에서는 관내 의료기관에 미숙아 등 의료비지원 사업추진과 관련하여 의료기관의 협조를 요청하여 지급보증제 확대실시에 차질 없도록 준비

의료기관 협조요청 사항

- 미숙아 및 선천성이상아 출산가정 및 부모 등에게 의료비 지원사업 안내
- 보건소에서 지원대상으로 통보받은 미숙아 및 선천성이상아의 퇴원시 지원결정된 금액을 제외한 의료비를 환아 보호자에게 수납
- 보건소에서 의료비 지원금액 결정에 필요한 사항(신생아 중환자실 입원비용, 한국표준질병 분류 코드, 질병명 등)이 적시된 의료비 영수증 등 발급에 협조

6) 기타 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원 시 유의사항

- 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원은 산모의 치료나 요양비 또는 치료와 무관한 항목은 지원 제외
- 치료도중 사망하였거나 미혼모 등 혼인신고가 안된 상태에서 출생한 미숙아에게도 의료비 지원 가능
- 긴급복지지원법 등 타 법률·제도에 의하여 의료비 국가지원을 받은 대상자는 미숙아 의료비 최대 지원가능금액에서 타 법률·제도에 의한 국가지원금을 공제한 차액을 지원
- 각종 후원단체에서 후원받은 의료비가 있는 경우에는 환자가 납부한 총 진료비 중 급여(일부본인부담금) 부분을 우선 공제한 후 비급여 및 전액본인부담금을 추가 공제 후 지원

  ※ 후원받은 금액이 추가로 확인, 발생되는 경우, 기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을 고지하도록 함

- 유기된 미숙아에 대한 의료비 지원은 시설 등의 입소 후 시설장이 지원 신청하는 것을 원칙으로 하며 시설입소 등이 여의치 않는 경우는 의료기관이 신청할 수 있음 (다만, 퇴원전 미숙아가 사망하고 미혼모(가족)가 부재시 의료기관의 의료비 신청불가)

- 다솜이 작은 숨결 살리기 지원사업(교보생명 아름다운 재단) 안내·연계
  - 내용 : 미숙아(이른둥이) 입원·재입원·재활치료비 지원
  - 대상 : 기초생활보장수급자 및 기준중위소득 80%이내 가정
  - 연락처 : 02)3675-1231(www.babydasom.org)

7) 행정사항

- 보건소장은 관내 의료기관에서 미숙아 등의 출생보고서(모자보건법시행규칙 제8호의2 서식)에 의거 보고된 자와 확인 후 의료비를 지원

  * 단, 의료기관의 미숙아 등 출생보고서가 의료비 지원의 필수 요건은 아니지만 미숙아 출생보고가 된 미숙아의 경우 진단서 생략 가능

- 시·도의 형편과 사업의 효율성을 감안하여 의료비 지급창구를 시·도지사 또는 시장·군수·구청장으로 할 수 있음
- 보건소장은 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 실적을 매분기 말에 시·도지사에게 보고하고, 시·도지사는 보건복지부장관에게 반기 익월 15일까지 보고
- 예산 부족으로 인하여 발생한 당해 연도 미지급분은 다음 연도 예산으로 지원할 수 있음
- 효율적인 예산집행을 위하여 보건복지부 장관의 승인을 받아 영유아 사전·예방적 건강관리사업의 내역사업간 예산을 변경할 수 있음

(앞면)

미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청서

(접수번호 :)

<table>
<tr><td>①임산부 성명 및 생년월일</td><td colspan="2">성 명:
생년월일: 년 월 일</td><td>② 유아성명 및 성별</td><td colspan="2">성명:
성별: □여 □남</td><td>③배우자 (보호자)성명</td><td></td></tr>
<tr><td>④주소(전화번호)</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑤ 난임시술여부
※난임시술을 통해 임신하고 출산한 경우</td><td colspan="4">난임 시술 종류</td><td colspan="3">시술비용 부담</td></tr>
<tr><td colspan="4">□ 체외수정 □ 인공수정 □ 해당없음</td><td colspan="3">□ 국가지원 □ 자비 □ 기타</td></tr>
<tr><td>⑥ 분만(진 단) 기관명</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">⑦분만일자(생년월일)</td><td></td></tr>
<tr><td>⑧ 출생시 체중</td><td colspan="3">g(반드시 gm단위로 작성)</td><td colspan="4">⑨ 임신기간 : 임신 ( )주( )일 분만</td></tr>
<tr><td>⑩ 선천성이상질병명 (질병분류코드)</td><td colspan="3">주상병)
부상병1)
부상병2)</td><td>⑪ 다태아 및 출생순위</td><td colspan="3">□ 단태아
□ 쌍태아(쌍둥이) → 쌍둥이 중 □ 첫번째 □ 두번째
□ 삼태아(세쌍둥이 이상) → □ 쌍둥이 중 □ 번째</td></tr>
<tr><td>⑫ 입원치료기관명</td><td colspan="3"></td><td>⑬ 입원기간</td><td colspan="3">년 월 일 ~ 년 월 일(일간)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑭ 진료비(원)</td><td>총진료비 (A + B + C+D)</td><td>환자부담금소계 (A+C+D)</td><td colspan="3">급여부분 진료비</td><td colspan="2">비급여부분 진료비(D)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>본인부담금(A)</td><td>공단부담금(B)</td><td>전액본인부담금(C)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑮ 지급보증신청 여부</td><td colspan="2">□ 예 □ 아니오</td><td colspan="2">⑯ 입금은행 및 계좌번호</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>⑰ 의료급여 수급권자</td><td colspan="3">□ 1종 수급자 / □ 2종 수급자/ □ 차상위
□ 산정특례(질병코드)</td><td colspan="2">⑱ 다자녀 확인</td><td colspan="2">( )명의 자녀중 ( )째 자녀 지원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑲ 건강보험 가 입 자</td><td>구분</td><td>본인</td><td colspan="2">□ 지역 □ 직장</td><td>배우자 등</td><td colspan="2">□ 지역 □직장</td></tr>
<tr><td>고지액</td><td>본인</td><td colspan="2">원</td><td>배우자 등</td><td colspan="2">원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">⑳ 국가지원 및 후원 등 확인</td><td colspan="2">긴급의료비 등 국가지원</td><td colspan="5">□ 없음 □ 있음(기관 : , 금액 : 원)</td></tr>
<tr><td colspan="2">개인·단체 등 민간후원</td><td colspan="5">□ 없음 □ 있음(내용 : , 금액 : 원)</td></tr>
<tr><td colspan="2">환급금 수령여부</td><td colspan="5">□ 없음 □ 있음(진료기간 : , 금액 : 원)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">㉑ 유 의 사 항</td><td colspan="7">- 허위 기재 시 지원대상 제외 및 의료비 지급 시 환수
- 국민건강보험공단 환급 및 지원 후 추가 후원이 발생하는 경우 환수처리 할 수 있음</td></tr>
<tr><td colspan="2">유의사항 안내여부</td><td>□ 예 □ 아니오</td><td colspan="2">환수 등 조치 시 동의</td><td colspan="2">동의자 : (서명)</td></tr>
</table>

별지 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 의료비 지원을 신청합니다.

신청인 주소
본인과의 관계
신청자 성명 서명 또는 인 년 월 일

_____시·군·구청장(보건소장) 귀하

첨부서류 : 진료비영수증, 입금계좌통장 사본, 출생보고서(출생증명서) 사본, 질병명이 포함된 진단서 사본 혹은 진단명을 확인할 수 있는 입퇴원증명서 등, 주민등록등본※, 건강보험증 사본※(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드사본 첨부)
건강보험료 본인부담금 고지영수증 또는 고지확인서※(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두 첨부)
※「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 제출 생략

㉒ 보건소장 심사의견 :

㉓ 의료비지원 결정액(원) : ㉔결정 연월일 : ㉕지급 연월일:

(뒷면)

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험공단

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
○ 미숙아 및 선천성이상아 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
○ 미숙아 및 선천성이상아 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
○ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용(행정정보 공동이용) 동의내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, **동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다**.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의**합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※관계표시 방법 : 본인(의료비지원 신청자)배우자, (시)부모, 조부모, 기타 ※대상 : 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람.

미숙아 및 선천성이상아 의료비지급 신청서(지급보증 요양기관용)

<table>
<tr><td rowspan="4">지원대상자</td><td>임 산 부
(영유아) 성 명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>출생시 체중</td><td>g
(반드시 gm단위로 작성)</td><td>선천성이상질병명
(질병분류코드)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td></td><td>핸드폰번호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청 요양기관</td><td>기 관 명</td><td></td><td>전화번호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>입 원 기 간</td><td colspan="6">년 월 일 ~ 년 월 일(일간)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">진료비(원)</td><td rowspan="2">총 진 료 비
(A+B+C)</td><td rowspan="2">환자부담금
소계(A+C)</td><td colspan="3">급여부분 진료비</td><td rowspan="2">비급여부분
진료비 (D)</td></tr>
<tr><td>본인부담금
(A)</td><td>공단부담금
(B)</td><td>전액본인
부담금(C)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>입금은행 및
계좌번호</td><td colspan="4"></td><td>예 금 주</td><td></td></tr>
<tr><td>의료급여
수급권자</td><td colspan="6">☐ 1종/☐ 2종/☐ 특례종/ ☐ 차상위 종</td></tr>
</table>

위와 같이 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원대상자의 의료비지급을 신청합니다.

신청 요양기관의 장 (직인)

년 월 일

시·군·구청장(보건소장) 귀하

※ 필요한 경우 사용할 수 있으며, 의무 작성양식은 아닙니다.

[참고자료1]■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식]〈개정 2018. 6. 29.〉

[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자 성명	진료기간	야간(공휴일)진료
		. . .부터 . . .까지	[ ] 야간 [ ] 공휴일

진료과목	질병군(DRG)번호	병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)

항목			급여			비급여		금액산정내용		
			일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료료	선택진료료 외			
			본인부담금	공단부담금						
기본항목	진 찰 료							⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		
	입 원 료							⑧ 환자부담 총액(①-⑥)+③+④+⑤		
	식대							⑨ 이미 납부한 금액		
	투약 및 조제료	행위료						⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)		
		약품비						⑪ 납부한 금액	카드	
	주사료	행위료							현금영수증	
		약품비							현금	
	마취료								합계	
	처치 및 수술료							납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)		
	검사료							현금영수증( )		
	영상진단료							신분확인번호		
	방사선치료료							현금영수증 승인번호		
	치료재료대							* 요양기관 임의활용공간		
	재활 및 물리치료료									
	정신요법료									
	전혈 및 혈액성분제제료									
선택항목	CT 진단료									
	MRI 진단료									
	PET 진단료									
	초음파 진단료									
	보철 · 교정료									
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여										
65세 이상 등 정액										
정액수가(요양병원)										
정액수가(완화의료)										
질병군 포괄수가										
합계			①	②	③	④	⑤			
상한액 초과금			⑥	-				선택진료 신청	[ ] 유	[ ] 무

요양기관 종류	[ ] 의원급 · 보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원			
사업자등록번호		상호		전화번호
사업장 소재지		대표자		[인]

년 월 일

항목별 설명	일반사항 안내
1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다. - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원~2500원, 0%~15%) 등 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등 ※ 식대: 50%(의료급여는 20%) CT · MRI · PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률 ※ 상급종합병원의 4인실 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 종합병원 입원료: 2인실 40%, 3인실 30% 2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다. 3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다. ※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다. 4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정한 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목란에 합산하여 표기됩니다.	1. 이 계산서 · 영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있음 3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제 신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

[참고자료 2]

가족수 산정 및 보험료 합산(예시)	
Q1	● 주민등록등본 : 시부모, 부부 ● 건강보험료 : 시부모(지역가입자 직접납부), 부부(직장가입자)
A1	● 가족수 산정 : 부부+출생아=3인 ● 보험료 산정 : 부부보험료
Q2	● 주민등록등본 : 부부, 부인의 자녀 2명(재혼 전) ● 건강보험료 : 부부(건강보험 등재), 자녀 2명(차상위수급권자)
A2	● 가족수 산정 : 부부+자녀 2명+출생아=5명 ● 보험료 산정 : 남편보험료
Q3	● 주민등록등본 : 시부모, 부부 ● 건강보험료 : 부부(직장가입자), 시부모(주소 분리된 다른 자녀의 피부양자)
A3	● 가족수 산정 : 부부+시부모+출생아=5인 ● 보험료 산정 : 부부보험료

[참고자료 3] 부양자 자격의 인정기준 중 부양요건

국민건강보험법 시행규칙제2조제1항제1호 관련)

가입자와의 관계	부양요건	
	동거 시	비동거 시
1. 배우자	● 부양 인정	● 부양 인정
2. 부모인 직계존속		
가. 부모(아버지 또는 어머니와 재혼한 배우자 포함)	● 부양 인정	● 부모(아버지 또는 어머니와 재혼한 배우자 포함)와 동거하고 있는 형제자매가 없거나, 있어도 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
나. 법률상의 부모가 아닌 친생부모(이하 "친생부모"라 한다)	● 부양 인정	● 친생부모의 배우자 또는 동거하고 있는 직계비속이 없거나, 있어도 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
3. 자녀(법률상의 자녀가 아닌 친생자녀 포함)인 직계비속	● 부양 인정	● 미혼인 경우 부양 인정
4. 조부모·외조부모 이상인 직계존속	● 부양 인정	● 조부모·외조부모 이상인 직계존속과 동거하고 있는 직계비속이 없거나, 있어도 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
5. 손·외손 이하인 직계비속	● 부모가 없거나, 아버지 또는 어머니가 있어도 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정	● 미혼으로서 부모가 없는 경우 부양 인정
6. 직계비속의 배우자	● 부양 인정	● 부양 불인정
7. 배우자의 부모인 직계존속	● 부양 인정	● 배우자의 형제자매가 없거나, 있어도 동거하고 있는 배우자의 형제자매가 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
8. 배우자의 조부모·외조부모 이상인 직계존속	● 부양 인정	● 배우자의 조부모·외조부모 이상인 직계존속과 동거하고 있는 직계비속이 없거나, 있어도 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
9. 배우자의 직계비속	● 미혼인 경우 부양 인정	● 부양 불인정
10. 형제자매	● 미혼으로 부모가 없거나, 있어도 부모가 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정	● 미혼으로 부모 및 형제자매가 없거나, 있어도 부모 및 동거하고 있는 형제자매가 보수 또는 소득이 없는 경우 부양 인정
11. 배우자, 직계존속, 배우자의 직계존속, 직계비속, 직계비속의 배우자, 형제·자매, 배우자의 직계비속	● 위 제1호부터 제10호까지의 경우에 해당되지 않더라도 해당 직장가입자에게 주로 생계를 의존하고 있음을 공단이 확인한 경우 부양 인정	

비고 : 제1호부터 제11호까지의 규정에도 불구하고, 소유하고 있는 토지, 건축물, 주택, 선박 및 항공기에 대한 「지방세법」 제110조에 따른 재산세 과세표준의 합이 9억원(형제자매의 경우는 3억원)을 넘는 경우에는 부양요건을 인정하지 않는다. 다만, 「장애인복지법」 제32조에 따라 장애인으로 등록한 사람, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제4조·제73조 및 제74조에 따른 국가유공자 등(법률 제11041호로 개정되기 전의 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제73조의2에 따른 국가유공자 등을 포함한다)으로서 같은 법 제6조의4에 따른 상이등급 판정을 받은 사람과 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 보훈보상대상자로서 같은 법 제6조에 따른 상이등급 판정을 받은 사람은 그러하지 아니하다.

[참고자료 4]

희귀난치성질환자 지원대상 질환('19년 기준)

※ 선천성이상아 의료비지원 신청 시 다음의 희귀난치질환의료비지원사업의 대상 질환인지를 확인하여 지원 대상 질환인 경우 우선 희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업을 안내하여 산정특례자 등록하도록 함

상병코드	질 환 명	
Q03.1	댄디-워커증후군	Dandy-Walker syndrome
Q04.3	무뇌이랑증	Agyria of brain
Q04.3	활택뇌증	Lissencephaly
Q04.3	큰뇌이랑증	Pachygyria
Q04.3	소뇌무발생	Cerebellar agenesis
Q04.6	분열뇌증	Schizencephaly
Q05.0	수두증을 동반한 이분경추	Cervical spina bifida withydrocephalus
Q05.1	수두증을 동반한 이분흉추	Thoracic spina bifida with hydrocephalus
Q05.1	수두증을 동반한 이분척추	Dorsal spina bifida with hydrocephalus
Q05.1	수두증을 동반한 이분흉요추	Thoracolumbar spina bifida with hydrocephalus
Q05.2	수두증을 동반한 이분요추	Lumbar spina bifida with hydrocephalus
Q05.2	수두증을 동반한 이분요천추	Lumbosacral spina bifida with hydrocephalus
Q05.3	수두증을 동반한 이분천추	Sacral spina bifida with hydrocephalus
Q05.4	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Unspecified spina bifida with hydrocephalus
Q05.5	수두증이 없는 이분경추	Cervical spina bifida without hydrocephalus
Q05.6	수두증이 없는 이분흉추	Thoracic spina bifida without hydrocephalus
Q05.6	이분척추 NOS	Dorsal spina bifida NOS
Q05.6	이분흉요추 NOS	Thoracolumbar spina bifida NOS
Q05.7	수두증이 없는 이분요추	Lumbar spina bifida without hydrocephalus
Q05.7	이분요천추 NOS	Lumbosacral spina bifida NOS
Q05.8	수두증이 없는 이분천골	Sacral spina bifida without hydrocephalus
Q05.9	상세불명의 이분척추	Spina bifida, unspecified
Q06.2	척수이개증	Diastematomyelia
Q07.0	아놀드-키아리증후군	Arnold-Chiari syndrome
Q11.2	렌즈소안구증후군	Lenz microphthalmia syndrome
Q14.1	X-연관 연소성 망막분리	X-linked juvenile retinoschisis
Q17.2	소이증(小耳症)	Microtia

상병코드	질 환 명	
Q20.0	총동맥간	Common arterial trunk
Q20.0	동맥간존속	Persistent truncus arteriosus
Q20.1	이중출구우심실	Double outlet right ventricle
Q20.1	타우시그-빙증후군	Taussig-Bing syndrome
Q20.2	이중출구좌심실	Double outlet left ventricle
Q20.3	심실대혈관연결불일치	Discordant ventriculoarterial connection
Q20.3	대동맥의 우측전위	Dextrotransposition of aorta
Q20.3	대혈관의 (완전)전위	Transposition of great vessels (complete)
Q20.4	단일심실	Single ventricle
Q20.5	방실연결불일치	Discordant atrioventricular connection
Q20.5	수정혈관전위	Corrected transposition
Q20.5	좌측전위	Laevotransposition
Q20.5	심실내번	Ventricular inversion
Q21.2	방실중격결손	Atrioventricular septal defect
Q21.2	총방실관	Common atrioventricular canal
Q21.2	심내막융기결손	Endocardial cushion defect
Q21.2	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Ostium primum atrial septal defect (type Ⅰ)
Q21.3	팔로네징후	Tetralogy of Fallot
Q21.3	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Ventricular septal defect with pulmonary stenosis or atresia, dextroposition of aorta and hypertrophy of right ventricle
Q21.4	대동맥폐동맥중격결손	Aortopulmonary septal defect
Q21.4	대동맥중격결손	Aortic septal defect
Q21.4	대동맥폐동맥창	Aortopulmonary window
Q21.8	아이젠멘거결손	Eisenmenger’s defect
Q22.0	폐동맥판폐쇄	Pulmonary valve atresia
Q22.4	삼첨판폐쇄	Tricuspid atresia
Q22.5	에브스타인이상	Ebstein’s anomaly
Q22.6	형성저하성 우심증후군	Hypoplastic right heart syndrome
Q23.0	대동맥판의 선천협착	Congenital stenosis of aortic valve
Q23.0	선천성 대동맥판폐쇄	Congenital aortic atresia

상병코드	질 환 명	
Q23.0	선천성 대동맥협착	Congenital aortic stenosis
Q23.1	대동맥판의 선천성 기능부전	Congenital insufficiency of aortic valve
Q23.1	이첨대동맥판막	Bicuspid aortic valve
Q23.1	선천성 대동맥판폐쇄부전	Congenital aortic insufficiency
Q23.1	선천성 대동맥판역류	Congenital aortic regurgitation
Q23.2	선천성 승모판협착	Congenital mitral stenosis
Q23.2	선천성 승모판폐쇄	Congenital mitral atresia
Q23.3	선천성 승모판폐쇄부전	Congenital mitral insufficiency
Q23.4	형성저하성 좌심증후군	Hypoplastic left heart syndrome
Q23.4	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Atresia, or marked hypoplasia of aortic orifice or valve, with hypoplasia of ascending aorta and defective development of left ventricle (with mitral valve stenosis or atresia)
Q23.8	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Other congenital malformations of aortic and mitral valves
Q23.9	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Congenital malformation of aortic and mitral valves, unspecified
Q24.4	선천성 대동맥협착	Congenital subaortic stenosis
Q24.5	관상동맥혈관의 기형	Malformation of coronary vessels
Q24.5	선천성 관상동맥류	Congenital coronary(artery) aneurysm
Q24.6	선천성 심장차단	Congenital heart block
Q25.1	대동맥의 축착	Coarctation of aorta
Q25.1	대동맥의 축착(관전, 관후)	Coarctation of aorta (preductal, postductal)
Q25.2	대동맥의 폐쇄	Atresia of aorta
Q25.3	대동맥의 협착	Stenosis of aorta
Q25.3	판막상부 대동맥협착	Supravalvular aortic stenosis
Q25.5	폐동맥의 폐쇄	Atresia of pulmonary artery
Q26.0	대정맥의 선천성 협착	Congenital stenosis of vena cava
Q26.0	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Congenital stenosis of vena cava (inferior)(superior)
Q26.1	좌상대정맥존속	Persistent left superior vena cava
Q26.2	전폐정맥결합이상	Total anomalous pulmonary venous connection
Q26.3	부분폐정맥결합이상	Partial anomalous pulmonary venous connection

상병코드	질 환 명	
Q26.4	상세불명의 폐정맥결합이상	Anomalous pulmonary venous connection, unspecified
Q26.5	문맥결합이상	Anomalous portal venous connection
Q26.6	문맥-간동맥루	Portal vein-hepatic artery fistula
Q28.2	와이번메이슨증후군	Wyburn Mason syndrome
Q38.3	무설증(無舌症)	Aglossia
Q44.2	담관의 폐쇄	Atresia of bile ducts
Q44.7	알라질증후군	Alagille's syndrome
Q61.1	다낭성 신장, 보통염색체열성	Polycystic kidney, autosomal recessive
Q61.1	다낭성 신장, 영아형	Polycystic kidney, infantile type
Q61.9	메켈증후군	Meckel syndrome
Q64.1	방광외반	Exstrophy of urinary bladder
Q64.1	방광이소증	Ectopia vesicae
Q64.1	방광외번	Extroversion of bladder
Q74.0	쇄골두개골이골증	Cleidocranial dysostosis
Q74.3	선천성 다발관절만곡증	Arthrogryposis multiplex congenita
Q75.0	두개골유합	Craniosynostosis
Q75.0	뾰족머리증(Acrocephaly)	Acrocephaly
Q75.0	두개골의 불완전유합	Imperfect fusion of skull
Q75.0	뾰족머리증(Oxycephaly)	Oxycephaly
Q75.0	삼각머리증	Trigonocephaly
Q75.1	두개안면골이골증	Craniofacial dysostosis
Q75.1	크루존병	Crouzon's disease
Q75.4	하악안면골이골증	Mandibulofacial dysostosis
Q75.4	프란체스쉐티 증후군	Franceschetti syndrome
Q75.4	트레처-콜린스 증후군	Treacher Collins syndrome
Q77.0	연골무발생증	Achondrogenesis
Q77.0	연골발생저하증	Hypochondrogenesis
Q77.1	치사성 단신	Thanatophoric short stature
Q77.2	짧은늑골증후군	Short rib syndrome
Q77.2	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Asphyxiating thoracic dysplasia[Jeune]

상병코드	질 환 명	
Q77.3	점상 연골형성이상	Chondrodysplasia punctata
Q77.3	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Rhizomelic chondrodysplasia punctata(type 1-3)
Q77.3	X-연관 우성 연골형성이상	X-linked dominant chondrodysplasia
Q77.4	연골무형성증	Achondroplasia
Q77.4	연골형성저하증	Hypochondroplasia
Q77.4	선천성 골경화증	Osteosclerosis congenita
Q77.5	디스트로피성 형성이상	Dystrophic dysplasia
Q77.6	연골외배엽형성이상	Chondroectodermal dyplasia
Q77.6	엘리스-반크레벨트증후군	Ellis-van Creveld syndrome
Q77.7	척추골단형성이상	Spondyloepiphyseal dysplasia
Q77.7	만발성 척추골단형성이상	Spondyloepiphyseal dysplasia tarda
Q77.8	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Other osteochondrodysplasia with defects of growth of tubular bones and spine
Q77.8	말단왜소 형성이상	Acromicric dysplasia
Q77.9	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Osteochondrodysplasia with defects of growth of tubular bones and spine, unspecified
Q78.0	불완전골형성	Osteogenesis imperfecta
Q78.0	골취약증(Fragilitas ossium)	Fragilitas ossium
Q78.0	골취약증(Osteopsathyrosis)	Osteopsathyrosis
Q78.1	다골성 섬유성 형성이상	Polyostotic fibrous dysplasia
Q78.1	얼브라이트(-맥큔)(-스턴버그)증후군	Albright(-McCune)(-Sternberg) syndrome
Q78.2	골화석증	Osteopetrosis
Q78.2	알베르스-쉰베르그증후군	Albers-Schönberg syndrome
Q78.3	카무라티-엥겔만증후군	Camurati-Engelmann syndrome
Q78.4	내연골종증	Enchondromatosis
Q78.4	마푸치증후군	Maffucci's syndrome
Q78.4	올리에르병	Ollier's disease
Q78.5	골간단연골형성이상, 슈미드형	Metaphyseal chondrodysplasia, Schmid type

3 선천성대사이상 검사 및 환아관리

목 적

- 선천성대사이상의 유무를 조기에 발견·치료함으로써 장애발생을 사전에 예방하여 영유아의 건강을 증진하고자 함

가. 사업개요

1) 검사대상자 : 2019년도에 출생한 신생아

※ 부부 중 한명 이상이 외국인인 경우에는 부부 중 한명은 대한민국 국적(주민등록) 소지자여야 함

2) 지원사항 : 기존 정부 6종*을 포함한 광범위 대상이상 검사 50여종 외래검사시 (일부)본인부담금

* 페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성부신과형성증 6종

※ 출생 후 입원기간(출생 후 28일이내)동안 검사하는 경우 전액공단부담으로 본인부담금 없음

3) 환아(患兒) 지원

- 선천성대사이상 질환으로 진단된 자로서 특수조제 분유 등의 의료 지원이 필요하다고 인정된 만 19세미만의 환아 [별표 1-1-①]참고

  * 갑상선기능저하증을 제외한 선천성대사이상 질환이 희귀난치성질환에 포함되어 있으므로, 이들 질환 치료시 발생하는 의료비(약제비 포함)의 경우 「희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업」 안내·연계

나. 검사비 지원(보건소)

- 시·군·구(보건소) 관할 지역에 주소지를 둔 일정기준 가구의 신생아

  - 기준 중위소득 180%이하 가구

  - 다자녀(2명 이상)가구에서 출생한 신생아는 소득수준 관계없이 지원

    * 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정

- 상기 기준을 원칙으로 하되, 예산의 범위내에서 시장·군수·구청장 또는 보건소장이 지원이 필요하다고 인정한 경우
- 출생 후 2~3일 이내(분만 후 퇴원전)에 실시하도록 권장하고 있으며, 늦어도 출생 후 28일 이내 실시(주로 분만 의료기관에서 검사가 이루어지고 있음)
- 신생아 선천성대사이상 선별검사가 건강보험이 적용되지 않은(검사 기간 초과 등)건 또는 비급여로 검사한 건은 국가사업으로 지원 불가

3) 소득요건 판정기준

- 건강보험료 고지금액을 기준으로 가구원수별 건강보험료 이하인 가구
  - 국민기초생활보장 수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인만으로 지원 가능

【2019년 가구원수·가입유형별 소득판정 기준표】

가구원수	기준중위 소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금액 : 장기요양보험료 미포함 금액임
※ 소득판정 기준표 적용기간 : '19.1.1.~'19.12.31.까지 적용

- 가족수 산정 방법 : **신청일 기준으로 가족수를 산정**하며 출생 신고 전의 신생아도 가족 수에 포함

대원칙 : 신생아 부모와 동일 거주지에 거주하는 직계존비속만을 가족수로 합산, 직계존비속의 경우 소득이 있어 별도 보험료를 납부한다면 가족수에서 제외

- 신생아 부모와 그 자녀(재혼가정의 경우 이전 혼인의 자녀 포함)
- 신생아 부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 피부양자(직장가입자)
- 신생아 부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 동일세대의 세대원으로서 보험료를 납부하는 자(지역가입자)
- 신생아 부모가 주민등록상 주소지가 서로 다른 경우 부모각각의 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 자
- 신생아 부모가 직계존속(조부모)의 피부양자(건강보험가입자)인 경우 동 직계존속(조부모)을 가족수 포함

● 보험료 산정 방법

- 보험료는 의료비 신청일 기준 전월 건강보험료(고지금액 기준)
  - 연말 정산 등으로 보험료 조정분이 고지될 경우는 정상월분으로 평가
    * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영

- 직장가입자가 신청일 기준 1개월 이상 휴직한

① 1개월 미만 휴직 : 신청일 기준 직전월 건강보험료

② 1개월 이상 무급휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 '소득 없음'으로 판정

③ 1개월 이상 유급휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 급여명세서상의 신청기준 직전월분 급여액에 건강보험료 본인부담률을 곱하여 산정

휴직기간	추가제출서류	급여여부	판단기준
1개월 미만	–	–	휴직직전의 건강보험료로 평가
1개월 이상	휴직증명서	무급	소득 없음 판정
		유급	직전월분 급여액*건강보험료 본인 부담률

* 직장가입자 건강보험료율의 본인부담률 : 보수월액의 3.23%('19년)
  ↳ 2018년 본인부담률 : 3.12%

◈ 참고사항

[국민건강보험법 시행령]

제44조(보험료율 및 보험료부과점수당 금액) ① 법 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율은 1만분의 607로 한다.〈개정 2012.12.27., 2013.9.26., 2014.11.20.〉

② 법 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액은 178원으로 한다.〈개정 2012.12.27., 2013.9.26., 2014.11.20.〉 [시행일 : 2015.1.1.](수정예정임)

[보수월액]

근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당

* 보수월액에 포함되지 않는 경우 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직수당, 보훈급여수당(국가유공자) 등 소득세법에 따른 비과세 근로소득(소득세법 제12조 참조)

※ 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위내에서 분할 납부하므로 복직후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률로 지원자격 여부를 판정할 것(휴직기간중 건강보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

- 부부 보험료 합산
  - 부부가 별도의 건강보험증상 등재된 경우(맞벌이 등으로 양쪽 보험료 합산)

  * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영

  - 부부가 별도의 건강보험증상 피부양자로 등재된 경우 : 양쪽 보험료 합산(직장 가입자), 보험료 합산 및 등재 인원 모두 가족수 합산(지역가입자)
- 부부중 한명이 외국 국적인 경우 모두 건강보험 가입자일 것
- 부부 중 한명이 국민기초생활보장법에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자인 경우 기초생활 수급가구로 인정
- 부부 중 한명이 국가유공자로서 국민기초생활보장법의 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입의무자가 아닌 경우 최근월분 소득금액에 건강보험료 본인 부담률을 적용하여 보험료 합산
- 건강보험 자격정지(상실)된 경우에는 자격을 회복하고, 건강보험 급여가 정지된 경우에는 급여정지를 해제(보험료 납부조치)한 후 고지된 보험료 금액을 기준으로 대상자 선정

4) 지원내용

- 신생아 선천성대사이상 선별검사 본인부담금 지원(20,000원~50,000원)

  * 진료비는 지원에서 제외되며, 병원종별에 따라 본인부담금이 차이가 발생하니 반드시 영수증 상 금액 확인 후 지원(아래 표 금액 외 추가금액 발생)

〈 건강보험 적용 이후 환자 본인부담 비용〉

(단위: 원)

구분		의원	병원	종합병원	상급종합병원
보험적용전		80,000~110,000			
보험적용 이후	입원(96%)	0	0	0	0
	외래(4%)	22,635	27,251	34,064	40,877

- 선별검사 결과 유소견이 나와 확진 검사를 받은 경우 확진비 지원

5) 지원방법

- 출생 후 28일이내 외래로 검사를 받은 경우, 검사비 영수증 등을 첨부하여 관할 보건소에 신청(출생일 기준 1년 이내 청구)

6) 정밀 검사비(확진검사) 청구 및 지급 절차: 2차 정밀 검사(확진검사)결과 환아로 판정된 경우만 지급 (대상자가 직접 보건소로 요청·지급)

- 정밀검사 결과 선천성대사이상 질환으로 확진된 환아는 의료기관의 검사결과 등 증빙서류를 구비하여 출생일 기준 1년 이내 관할 보건소장에게 검사비 청구
- 선천성대사이상 확진을 위해 실시한 검사비 중 급여 중 본인부담금(비급여 제외)을 1인당 7만원 범위내 지원
- 시장·군수·구청장은 환아가 제출한 검사결과 등 증빙서류를 확인하고 환아가 부담한 본인부담금을 지원(비급여항목 제외)하고 보건소에 등록·관리 사항을 안내

바. 환아관리(보건소 및 인구보건복지협회)

1) 지원대상

- 2차 정밀검사결과, 페닐케톤뇨증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증 외 선천성대사이상(별표1-1-①)질환 및 희귀난치성 질환(별표1-1-②)으로 진단받아 특수조제분유 및 저단백식품이 필요한 환아로 신청일 기준 만 19세 미만*인 자

> * 만 나이는 출생월 기준으로 만 19세가 도래한 달까지만 지원
> 예) 2000년 5월15일 출생은 2019년 5월31일까지 지원, '00년생은 '19년 출생월말에 지원이 종료됨

- 선천성갑상선기능저하증의 경우에는 지원 한도(250천원) 내에서 의료비 지원

- 환아관리 대상자 지원시 유의사항
  - 선천성대사이상 질환의 종류를 충분히 숙지하여 다양한 선천성대사이상 질환에 대한 문의나 지원요구 시 적절히 대응하여 환아보호자 등 민원인에게 정서적 안정감 등을 제공할 수 있도록 함

2) 환아 관리방법

시장·군수·구청장(보건소장)은 환아로 등록된 자에게 치료와 관련된 정보 제공과 홍보 등을 실시

- 특수조제분유, 저단백식품 지원 (선천성 갑상선기능저하증 제외)
  - 특수조제분유 및 저단백식품이 필요한 페닐케톤뇨증 등 선천성대사이상 환아 지원【별표 1-2]
  - 환아의 특성 및 섭취량에 따른 개인별 차이를 고려하여 의사의 처방 및 소견을 참고하여 필요시 추가지원 가능
    ① 추가지원 시 월간 필요량의 50%를 초과할 수 없음(선천성대사질환 환아만 해당됨)
    ② 희귀난치성질환(크론병, 단장증후군 등) 분유와 저단백햇반은 추가지원 없음

- 의사의 처방 및 소견서 제출이 필요한 경우

① 선천성대사이상으로 진단되어 환아관리 대상자로 등록하고 지원이 필요한 신규지원자

② 지원사항(섭취량 등)의 변경이 필요한 경우 그 사유 등이 명시된 처방 및 소견서 제출

(예시) 환아가 2단계를 섭취해야 하는 연령이 도달했으나, 1단계를 유지해야 할 사유 발생 또는 추가지원(또는 섭취량 증가)이 필요한 경우

- **희귀난치질환의료비 지원사업 안내**
  - 부록의 희귀난치질환의료비지원사업 대상질환 목록상의 해당 질환일 경우 희귀난치질환 사업과 연계(담당자 안내)
- **희귀난치성질환센터 (전화번호 : 043-719-8777, 8778)**
- **홈페이지 : http : //helpline.nih.go.kr**

● 선천성 갑상선기능저하증 의료비(약제비 포함) 지원

- 주소지 관할 시장·군수·구청장은 환아가 치료를 받은 후 발급받은 진료비 내역에 따라 250천원 범위 내에서 의료비* 지급

* 급여와 비급여 관계없이 진료비, 약제비, 검사비에 한해 지원가능하며, 갑상선 질환으로 인해 발생 가능한 질환 검사(성장 검사 등)는 지원 제외

※ 신청일로부터 1년 이내 발생한 영수증만 유효(소급적용 불가)
  - 완치 판정 후 정기검사비용, 예약비 등 선천성 갑상선기능저하증 치료비와 직접 관련이 없는 항목은 지원 제외

- 유의사항 : 선천성 대사이상으로 진단받고 보건소에 **환아 등록(지원신청) 후** 시점 기준으로 1년 이내 발생한 영수증에 한하여 지원할 수 있으며, 소급지원 불가

※ 지원대상자가 타 지역으로 전출하는 경우: 지원에 필요한 관련서류(진단서, 소견서 등)를 전입하는 주소지 관할 보건소에 송부하여 분유 지원에 차질이 없도록 조치

- 제출서류

① 진단서(정밀검사비 신청, 특수분유 및 의료비 최초 신청 시)

② 영수증 1부{정밀검사비 신청시 정밀검사 영수증, 선천성갑상선기능저하증은 의료비 (약제비 포함) 영수증 등 세부내역서}

③ 소견서 또는 처방전(환아관리 등록 후 변경사항이 있는 경우)
④ 입금계좌통장 사본 1부 (최초 신청시 또는 변경사항 발생시에 한함)
⑤ 주민등록사본* 1부

* 「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략

- 특수조제식이 신청기간 및 방법

구 분	신청기간	비고
특수조제분유	매월 1일 ~ 5일 * 단, 신규 환아 경우 예외 적용 가능	보건소는 환아로부터 신청 [별표2-2] 받아 [별표2-3] 작성후 인구보건복지협회 팩스로 송부 * 지원연령은 만나이 기준
저단백햇반	(1차) 1.1.~ 1.5, (2차) 4.1.~ 4.5. (3차) 7.1.~ 7.5.(4차) 10.1~10.5)	

3) 희귀난치성 질환 중 크론병 및 단장증후군 환아의 특수분유 지원

- 지원대상 : 신청시 만 19세 미만의 크론병 및 단장증후군 환아
- 특수분유(【별표 1-3】) 월간 필요량의 50% 지원

사. 행정사항

1) 시·도(시·군·구)

- 보건소장은 선천성 대사이상검사의 중요성과 환아관리에 대해 적극 홍보
- 보건소장은 선천성대사검사비 지원 및 환아관리 현황을 반기 익월 15일까지 보고 (반기별)
- 환아관리비(사업비)는 보건소에서 인구보건복지협회로 당해연도 3월까지 지급

* 광역시·도별 사업비 확정 및 통보(복지부) → 시군구 사업비 확정 후 복지부 및 시·군·구통보 (광역시·도)→ 인구보건복지협회로 사업비 지급(시·군·구 보건소)

- 보건소장은 환아관리 실적을 선천성대사이상 환아관리 대상자 현황(서식)에 의거 반기 말에 시·도지사에게 보고하고, 시·도지사는 보건복지부장관에게 동 서식에 의거 보고(모자보건사업실적 보고시 첨부)

2) 인구보건복지협회(본부)

- 특수조제분유의 공급에 차질이 없도록 특수조제분유의 제조 및 수입·공급업체들과 긴밀한 협조체계를 구축하여 분유공급에 만전을 기할 것이며, 긴급한 상황발생시 반드시 보고토록 하여 신속한 공급이 이루어질 수 있도록 하여야 함

- 특수조제분유 구입비 청구
  - 특수조제분유 청구서 발송: 매월 15일
  - 세금계산서 발행: 매월 25일
  - 보건소는 특수조제분유 검수하고, 전자계산서를 받은 후 10일 이내에 인구보건복지협회로 송금

    ※ 특수조제분유 수령(환아가정)은 신청일로부터 약 7일정도 소요

- 유의사항
  - 특수조제분유 신청서 [별표2-4]를 참조하여 신규자와 전입자는 반드시 (∨) 작성
  - 신규환아 분유 신청시 첫달은 환아등록일을 기준으로 남아 있는 일수 계산하여 신청
  - 지원대상자가 특수조제분유와 저단백식품(햇반) 모두 신청 시에는 신청서를 각각 작성해야 함
  - 인구보건복지협회로 특수분유신청서 팩스 전송 후 반드시 수신 확인

3) 기타 참고사항

- 특수조제분유 및 수입약품 구입처

기관명	담당부서	전 화	주 소
인구보건복지협회	건강증진과	(02) 2639-2826 (FAX) (02) 2634-8214	서울시 영등포구 버드나루로14 가길 20
한국희귀의약품센터	수급관리팀	(02) 508-7316~8 (FAX) (02) 508-7319	서울시 강남구 테헤란로 124, 904 풍림빌딩 9층

- 특수조제분유 구입비 입금계좌(저단백식품 구입비 입금계좌와 동일)

특수조제분유 구입비 입금계좌
● 은 행 명 : 농협중앙회 당산동지점 ● 계좌번호 : 023 - 01 - 437837 ● 예 금 주 : 인구보건복지협회

[별표 1-1-①]

선천성대사이상 질환별 분유지원표

구 분	질환명	질병코드	분유명	용량(g)	비 고
선천성 대사이상 질환	페닐케톤뇨증	E70.0	PKU-1	450	
			PKU-2	450	
			PK AID-4	500	
	단풍당뇨증	E71.0	BCAA	450	
			케토넥스-1	400	
			케토넥스-2	400	
	호모시스틴뇨증	E72.1	메치오닌-1	450	
			메치오닌-2	450	
	갈락토스혈증	E74.2	베이비웰소이	400	
	갑상선기능저하증	E03.1	해당없음		
	선천성부신과형성증	E25.0	해당없음		
	이소발레릭산혈증	E71.1	루신프리	450	
	프로피온산혈증 메칠말론산혈증	E71.1	MPA-1	450	
			MPA-2	450	
			프로피멕스-2	400	
	요소회로대사장애 (아르기닌혈증 시트룰린혈증 등)	E72.2	UCD-1	450	
			UCD-2	450	
			싸이클리넥스	400	
	글루타릭산뇨증	E72.3	글루타렉스-1	400	
			글루타렉스-2	400	
	고글라이신혈증	E72.5	NKH	400	
	타이로신혈증	E70.2	TYR	400	
	고칼슘혈증	E83.5	칼실로XD	375	
	지방산대사장애	E71.3	MCT	350	
		-	프로테인	450	단백질 제한 시 (UCD,MPA등과 함께 복용)
			프로비민	150	
			프로프리	400	

※ 위 질환외에 다른 질환을 진단받은 경우, 특수조제분유 지원 가능 여부는 질병코드 앞 3자리까지 동일한 경우 지원가능(예 : E70.0, E70.1, E70.3...지원가능)

[별표 1-1-②]

희귀난치성 질환별 분유지원표

구 분	질환명	질병코드	분유명	용량(g)	비 고
희귀 난치성	크론병	K50	엘리멘탈028	100	
			모노웰	87	
	단장증후군	K91.2	네오케이트	400	1세이전
			HA	400	1세이전
			엘리멘탈028	100	1세이후
			모노웰	87	1세이후
	담도폐쇄증 (5세까지 지원)	Q44.2	MCT	350	
	장림프관확장증 (5세까지 지원)	I89.0			

※ 위 질환외에 다른 질환을 진단받은 경우, 특수조제분유 지원 가능 여부는 질병코드 앞 3자리까지 동일한 경우 지원가능(예 : K50.0, K50.1, K50.3... 지원가능)

[별표 1-2]

선천성대사이상환아 특수조제분유 지원기준

페닐케톤뇨증

PKU 1(국산)

※ 해당질환명 : 페닐케톤뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~11개월(7~9kg)	168~216	5,040~6,480 (12통~15통)	169,200원~ 211,500원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 14,100원 · 생산: 매일유업(주)
만 1~2세 (9~11kg)	218	6,540(15통)	211,500원	

※ 0~11개월 : 열량 필요량의 100%를 특수분유로 공급한다는 가정하에 계산 산정
※ 1~2세 : 총 필요 열량의 80%를 특수분유로 공급, 나머지 20%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산

PKU 2(국산)

※ 해당질환명 : 페닐케톤뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만3~5세(16.3kg)	133	3,990(9통)	189,900원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 21,100원 · 생산: 매일유업(주)
만6~8세(23kg)	150	4,500(10통)	211,000원	
만 9~11세(32~35kg)	166	4,980(11통)	232,100원	
만 12~14세(46~50kg)	133	3,990(9통)	189,900원	
만 15세이상(53~64kg)	160	4,800(11통)	232,100원	

※ 3~11세 : 단백질 필요량의 100%를 특수분유로 공급한다는 가정하에 계산 산정
※ 12세이후 : 단백질 필요량의 80%를 특수분유로 공급한다는 가정하에 나머지 20%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

● PK AID-4(수입품)

※ 해당질환명 : 페닐케톤뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만 9세 이상 - 30~50kg	23~38	700~1,150 (1.5~2통)	168,300~224,400원	· 용량:1통당 500g 기준 · 단가:1통당 112,200원 · 제조: 영국SHS · 판매: (주)한독
- 50~70kg	38~53	1,150~1,600 (2~3통)	224,400~336,600원	
- 70kg~	53~	1,600~ (3~4통)	336,600~448,800원	

※ 체중별로 하루 필요한 단백질의 60%를 PK AID-4로 섭취한다는 가정하에 계산

※ 현행 PKU-2를 복용하는 9세이상 환아 중 비만 등의 사유로 PK AID-4 복용이 필요하거나 교체를 희망하는 경우 교체 보급(반드시 식이요법 병행이 필요함)

프로피온산혈증(Propionic aciduria), 메칠말론산혈증(Methylmalonic aciduria)

● MPA-1(국산)

※ 해당질환명 : 프로피온산혈증, 메칠말론산혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월 (6.5kg)	65~95	1,950~2,850 (5~7통)	88,000~123,200원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업(주)
6~11개월 (9.1kg)	93~125	2,790~3,750 (7~9통)	123,200~158,400원	
만1~2세	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	176,000~193,600원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산 산정

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

● MPA-2(국산)

※ 해당질환명 : 프로피온산혈증, 메칠말론산혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만3~ 5세	480	1,600(4통)	91,200원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 22,800원 · 생산 : 매일유업(주)
만6~ 8세	600	2,000(5통)	114,000원	
만9~11세	840	2,800(7통)	159,600원	
여자 만12세~	1,080	3,600(8통)	182,400원	
남자 만12세~	1,320	4,400(10통)	228,000원	

※ 3세 이후에는 필요한 단백질의 80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정〈참고자료 : 한국인 영양섭취기준 개정판 2010, 한국영양학회〉

단풍당뇨증(Maple syrup urine disease)

● BCAA-free(국산)

※ 해당질환명 : 단풍당뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	95~115	2,850~3,450 (7~8통)	123,200~140,800원	· 용량: 1통당 450 g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업
6~11개월(9.1kg)	124~146	3,720~4,380 (9~10통)	158,400~176,000원	
만1~2세	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	176,000~193,600원	
만3~5세	164~187	4,920~5,610 (11~13통)	193,600~228,800원	
만6~8세	187~213	5,610~6,390 (13~15통)	228,800~264,000원	
만9~11세	213~255	6,390~7,650 (15~17통)	264,000~299,200원	
여자 만12세~	255~295	7,650~8,850 (17~20통)	299,200~352,000원	
남자 만12세~	280~320	8,400~9,600 (19~22통)	334,400~387,200원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산산정

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타음식을 통해 섭취 한다는 가정하에 계산산정

요소회로대사질환(Urea cycle disorder)

UCD-1(국산)

※ 해당질환명 : 요소회로 대사질환

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	70~153	2,100~4,590 (5~11통)	88,000~193,600원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업(주)
6~11개월(9.1kg)	76~175	2,280~5,250 (6~12통)	105,600~211,200원	
만 1~2세	75~128	2,250~3,840 (5~9통)	88,000~158,400원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산 산정
※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 산정

UCD-2(국산)

※ 해당질환명 : 요소회로 대사질환

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만 3~5세	56~80	1,680~2,400 (4~6통)	100,000~150,000원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 25,000원 · 생산 : 매일유업(주)
만 6~11세	66~91	1,980~2,730 (5~7통)	125,000~175,000원	
여자 만12세~	94~134	2,820~4,020 (7~9통)	175,000~225,000원	
남자 만12세~	94~171	2,820~5,130 (7~12통)	175,000~300,000원	

※ 3세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

● Protein-Free(국산)

※ 해당질환명 : 단백질 섭취제한 필요시, 영양보조용 제품

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0세 이상	별도 기준 없음	별도 기준 없음	별도 기준 없음	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업(주) ※ UCD, MPA, Lucine Free 등과 신청 가능

※ 의사처방에 따라 신청 가능하며, UCD(또는 MPA 등) 월간 필요량의 범위내에서 합산하여 계산산정
예시) 5세 요소회로 대사질환 환아의 경우 월 UCD-2단계 월간 6통 지원이므로, 의사처방으로 UCD-2단계 4통이면 Protein-Free은 2통 지원

호모시스틴뇨증(Homocystinuria)

● Methionine-Free-1(국산)

※ 해당질환명 : 호모시스틴뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	80~120	2,400~3,600 (6~8통)	105,600~140,800원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업(주)
6~11개월(9.1kg)	110~139	3,300~4,170 (8~10통)	140,800~176,000원	
만1~2세(9~11kg)	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	176,000~193,600원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산 산정
※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

● Methionine-Free-2(국산)

※ 해당질환명 : 호모시스틴뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만 3~5세	82~94	2,460~2,820 (6~7통)	150,000~175,000	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 25,000원 · 생산 : 매일유업(주)
만6~11세	94~107	2,820~3,210 (7~8통)	175,000~200,000	
여자 만12세~	128~148	3,840~4,440 (9~10통)	225,000~250,000	
남자 만12세~	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	250,000~275,000	

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 산정

이소발레릭산혈증(Isovaleric acidemia)

● Leucine free(국산)

※ 해당질환명 : 이소발레릭산혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	73~109	2,190~3,270 (5~8통)	88,000~140,800원	· 용량: 1통당 450g 기준 · 단가: 1통당 17,600원 · 생산 : 매일유업(주)
6~11개월(9.1kg)	86~136	2,580~4,080 (6~10통)	105,600~176,000원	
만 1~2세	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	176,000~193,600원	
만3~5세	164~187	4,920~5,610 (11~13통)	193,600~228,800원	
만6~8세	187~213	5,610~6,390 (13~15통)	228,800~264,000원	
만9~11세	213~255	6,390~7,650 (15~17통)	264,000~299,200원	
여자 만12세~	255~295	7,650~8,850 (17~20통)	299,200~352,000원	
남자 만12세~	280~320	8,400~9,600 (19~22통)	334,400~387,200원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산 산정

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

타이로신혈증(Tyrosinaemia)

- TYR Anamix Infant(0~1세) 〈수입산〉

※ 해당질환명 : 타이로신혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~1세 (6~9kg)	126~154	3,780~4,620 (10통~12통)	940,000~ 1,128,000원	· 용량: 1통당 400g기준 · 단가: 1통당 94,000원 · 제조: 영국 SHS · 판매 : (주)한독

※ 전 연령대별로 필요한 열량 및 단백질 섭취량의 100%를 특수분유를 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정
※ 국내산 해당제품 없음

글루타릭산뇨증(Glutaric aciduria)

- Glutarex-1(글루타렉스-1) 〈수입산〉

※ 해당질환명 : 글루타릭산뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	63	1,953(5통)	300,000원	· 용량: 1통당 400g 기준 · 단가: 1통당 60,000원 · 제조 : 애보트 · 판매 : 마마팜
6~11개월(9.1kg)	90	2,790(7통)	420,000원	
만1~2세	80	2,480(6통)	360,000원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산산정
※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20%는 타음식을 통해 섭취 한다는 가정하에 계산산정.

● Glutarex-2(글루타렉스-2) <수입산>

※ 해당질환명 : 글루타릭산뇨증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만3~5세	67	2,010(6통)	360,000원	· 용량: 1통당 400g 기준 · 단가: 1통당 60,000원 · 제조: 애보트 · 판매: 마마팜
만6~8세	83	2,490(7통)	420,000원	
만9~11세	117	3,510(9통)	540,000원	
여자 만12세~	150	4,500(12통)	720,000원	
남자 만12세~	183	5,490(14통)	840,000원	

※ 3세 이후에는 필요한 단백질의 50%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 50%는 타음식을 통해 섭취 한다는 가정하에 계산산정.

※ 월간은 31일로 계산하며, 월간통수는 반올림함

※ 참고자료 : 한국인 영양섭취기준 개정판 2010, 한국영양학회

갈락토스혈증(Galactosemia)

● Babywell-soy(국산)

※ 해당질환명 : 갈락토스혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	83~130	2,490~3,900 (7통~10통)	44,800~ 64,000원	· 용량: 1통당 400g기준 · 금액: 1통당 : 6,400원 · 생산 : 매일유업(주)
6~11개월(9.1kg)	135~154	4,050~4,620 (11통~12통)	70,400~ 76,800원	
만1세 이후	100	3,000(8통)	51,200원	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산 산정,

※ 5개월까지는 아이소밀(수입품)의 필요량 준용

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타 음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

고글라이신혈증(Hyperglycinemia)

● NKH Anamix Infant(수입산)

※ 해당질환명 : 고글라이신혈증

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~5개월(6.5kg)	80~120	2,400~3,600 (6~8통)	612,000~816,000	· 용량: 1통당 400 g 기준 · 금액: 1통당 102,000원 · 제조: 영국SHS · 판매 : (주)한독
6~11개월(9.1kg)	110~139	3,300~4,800 (8~10통)	816,000~1,020,000	
만1~2세	140~160	4,200~4,800 (10~11통)	1,020,000~1,122,000	
만3~5세	164~187	4,800~5,610 (11~13통)	1,122,000~1,326,000	
만6~11세	187~213	5,610~6,390 (13~15통)	1,326,000~1,530,000	
여자 만12세~	255~295	7,650~8,850 (17~20통)	1,734,000~2,040,000	
남자 만12세~	280~320	8,400~9,600 (19~22통)	1,938,000~2,244,000	

※ 1세 이전에는 특수분유만을 섭취한다는 가정하에 계산산정

※ 1세 이후에는 필요한 단백질의 70~80%를 특수분유를 통해 섭취하고 나머지 20~30%는 타음식을 통해 섭취한다는 가정하에 계산산정

♦ XLYS Analog(0~1세)와 XLYS Maxamaid(1세부터) 〈수입산〉은 현재 환아 발생이 없으므로, 환아 발생 시 수입 가능함
* 수입절차 1년 소요되므로, 환아 발생시 1년간은 직접 구입해야함

지방산대사장애

● 엠씨티 포뮬러(MCT Formula)

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~11개월	120	3,600(11통)	72,600	· 용량: 1통당 350g기준 · 금액: 1통당 6,600원 · 생산 : 매일유업(주)
만1~2세	108	3,240(10통)	66,000	
만3~5세	151	4,530(13통)	85,800	

※ 0-11개월까지는 필요한 지방섭취량의 100% 기준, 만 1~5세까지는 필요한 에너지량의 50% 기준

※ 만 5세이상은 MCT오일로 복용함

[별표 1-3]

희귀난치성 질환 조제분유 지원기준

◙ 단장증후군(Short bowel syndrome) : 월간 필요량의 50% 지원

● HA분유 <국산>

※ 해당질환명 : 단장증후군

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
출생시(3.5kg)	90	2,700(7통)	110,600원	· 용량: 1통당 400g기준 · 금액: 1통당 15,800원 · 생산 : 매일유업(주
3개월(6kg)	120	3,600(9통)	142,200원	
4~6개월(7.5kg)	150	4,500(12통)	189,600원	
7~9개월(8.5kg)	175	5,250(14통)	221,200원	
10~12개월(9.5kg)	200	6,000(15통)	237,000원	

※ 12개월 초과한 환아 중 의사처방이 있는 경우 지원기준내에서 지속 지원 가능

● 네오케이트 <수입산>

※ 해당질환명 : 단장증후군, 크론병

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
출생시(3.5kg)	90	2,700(7통)	385,000원	·용량: 1통당 400g 기준 ·단가: 1통당 55,000원 ·제조 : 영국 SHS ·판매 : (주)한독
3개월(6kg)	120	3,600(9통)	495,000원	
4~6개월(7.5kg)	150	4,500(12통)	660,000원	
7~9개월(8.5kg)	175	5,250(14통)	770,000원	
10~12개월(9.5kg)	200	6,000(15통)	825,000원	

※ 네오케이트 제품에 있는 Feeding Guide를 근거로 섭취한다는 가정하에 계산 산정
※ 12개월 초과한 환아 중 의사처방이 있는 경우 지원기준내에서 지속 지원 가능

〈유의사항〉

· 1세미만의 단장증후군에서 분유지원은 의사의 결정에 따라 결정

· 일반적으로 HA분유를 시도하고 불내성(intolerance)이 있는 경우 네오게이트(Neocate)를 권장하나 환자의 상태를 고려하녀 주치의가 결정

● 모노웰(국산)

※ 해당질환명 : 단장증후군, 크론병

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만1~2세(10~13kg)	217	6,510(75포)	626,250	· 용량: 1포당 87g 기준(1box=10포) · 단가: 1포 8,350원(1box83,500원) · 생산 : (주)한국메디칼푸드
만3~5세(14~17kg)	304	9,120(105포)	876,750원	
만6~8세(19~25kg)	326~348	9,780~10,440 (113포~120포)	943,550~ 1,002,000원	
만9세이상(26kg이상)	370	11,100(128포)	1,068,800원	

● Elemental 028(엘레멘탈 028) <수입산>

※ 해당질환명 : 단장증후군, 크론병

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만1~2세(10~13kg)	234	7,020(71포)	1,015,300원	· 용량: 1포당 100g 기준 (10포=1box) · 단가: 1포 14,300원 (1box 143,000원) · 제조: 영국 SHS · 판매: (주)한독
만3~5세(14~17kg)	328	9,840(99포)	1,415,700원	
만6~8세(19~25kg)	351~375	10,530~11,250 (106포~113포)	1,515,800~ 1,615,900원	
만9세이상(26kg이상)	398	11,940(120포)	1,716,000	

※ Elemental 028 신청 시 반드시 **10포(1box)단위로 신청**(포단위 개별포장 불가)

※ 전 연령대별로 필요한 열량 및 단백질 섭취량의 100%를 특수분유를 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

크론병: 월간 필요량의 50% 지원

- Elemental 028(엘레멘탈 028) <수입산>

※ 해당질환명 : 단장증후군, 크론병

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
만1~2세(10~13kg)	234	7,020(71포)	1,015,300원	· 용량: 1포당 100g 기준 (10포=1box) · 단가: 1포 14,300원 (1box 143,000원) · 제조: 영국 SHS · 판매: (주)한독
만3~5세(14~17kg)	328	9,840(99포)	1,415,700원	
만6~8세(19~25kg)	351~375	10,530~11,250 (106포~113포)	1,515,800~ 1,615,900원	
만9세이상(26kg이상)	398	11,940(120포)	1,716,000	

※ Elemental 028 신청 시 반드시 **10포(1box)단위로 신청**(포단위 개별포장 불가)
※ 전 연령대별로 필요한 열량 및 단백질 섭취량의 100%를 특수분유를 통해 섭취한다는 가정하에 계산 산정

담도폐쇄증, 장림프관확장증 : 월간 필요량의 50% 지원

- 엠씨티 포뮬러(MCT Formula)

연 령	필 요 량		월간구입비	비 고
	일간(g)	월간(g)		
0~11개월	120	3,600(11통)	72,600	· 용량: 1통당 350g기준 · 금액: 1통당 6,600원 · 생산 : 매일유업(주)
만1~2세	108	3,240(10통)	66,000	
만3~5세	151	4,530(13통)	85,800	

※ 0-11개월까지는 필요한 지방섭취량의 100% 기준, 만 1~5세까지는 필요한 에너지량의 50% 기준
※ 만 5세이상 MCT오일로 복용함

[별표 1-4]

선천성대사이상 환아 저단백식품 지원기준

● 지원 대상

- 특수조제분유를 지원하는 선천성대사이상 질환 중 단백질 대사장애에 해당하는 환아(저단백햇반이 필요하다는 의사의 처방 또는 소견 필요)

※ 저단백식품 지원이 제외되는 질환

- 선천성갑상선기능저하증, 부신과형성증, 갈락토스혈증. 크론병, 단장증훈군 등

● 저단백식품 신청 및 수령기간

- 신청기간 : 총 4회1.1~1.5(1차) / 4.1~4.5(2차) / 7.1~7.5(3차)/10.1~10.5(4차)
- 수령기간 : 1차분 3월 초, 2차분 6월 초, 3차분 9월 초, 4차분 12월초(변동가능)
- 신청접수 후 생산이 2개월 정도 소요되므로 신청 기간내 신청 필수
- 신청기간 내 미 신청시에는 다음 회차시 소급신청 가능하나 유통기한(5개월)이 길지 않으므로 환아의 섭취량 확인하여 신청바람
- 보건소는 저단백햇반 검수 후 전자계산서를 받은 후 10일내에 인구보건복지협회로 송금

● 저단백식품 구입처

기 관 명	담당부서	전 화	주 소
인구보건 복지협회	건강증진과	(02) 2639-2826 (FAX) (02) 2634-8214	서울시 영등포구 버드나루로 14가길 20
CJ 제일제당	고객행복센터	080-850-2000 (배송, 제품상담)	www.cjonmart.net에서 온라인 구매함

● 저단백식품 구입비 입금계좌(특수조제분유 구입비 입금계좌와 동일)

저단백식품 구입비 입금계좌
● 은 행 명 : 농협중앙회 당산동지점 ● 계좌번호 : 023 - 01 – 437837 ● 예 금 주 : 인구보건복지협회

● 저단백식품(저단백 햇반) 지원량

연 령	연간지원량	1회 신청량	연간구입비(원)	비 고
6개월 ~ 2세	144	36	216,000	· 단가 : 1,500원/1팩(180g) (포장 : 1BOX = 24팩) · 생산: CJ제일제당
만3~5세	288	72	432,000	
만6~8세	384	96	576,000	
만9~14세	720	180	1,080,000	
만15세 이상	840	210	1,260,000	

[별표2-1]

(앞면)

선천성 대사이상 (▢ 선별검사비 ▢ 정밀검사비) 신청서

1. 아기이름		2. 성 별		3. 출 생 일	
4. 보호자(신청인) 성 명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처(휴대폰)	
5. 주소(거주지)					
7. 선별검사	①검사명	②검사기관명	③검사일	④ 금액(본인부담액)	
8. 확진검사	①검사명	②검사기관명	③검사일	④ 금액(본인부담액)	
9. 확진검사 결과 (진단명)					

지원금액 원 예금주) 은행명) 계좌번호)

위와 같이 선천성대상이상 (▢ 선별검사비 ▢ 정밀검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

〈보건소 확인사항〉

- 차상위이하계층 증명 가능한 경우 별도 서류 제출 없이 지원
  - 국민기초생활수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인
  - 차상위계층 대상자일 경우 관련 증명서 확인
- 차상위이하계층 증명이 없는 경우
  - 주민등록등본※
  - 건강보험증 사본※
  - 건강보험료 본인부담금 고지확인서

–검사비 지원 시 제출서류

- 검사비 영수증, 검사(진료)내역서, 통장사본

※「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 또는 행복-e음으로 확인가능

(뒷면)

선천성대사이상 검사 및 환아관리 개인정보 제공 동의서

선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험공단

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
○ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 선천성대사이상 검사 및 환아관리 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, **동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다**.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의**합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

[붙임2-2]

환아관리(특수식이 및 의료비) 지원신청서

(접수번호 :)

① 환 자 명		② 질환명		③ 주 민 등록번호		④ 보호자 성 명	
⑤ 주 소					⑥ 전 화 번 호		
⑦ 진단기관명 (소 재 지)				⑧ 진 단 일 자			
⑨ 치료일시							
⑩ 본인부담금액							
⑪ 지원사항	☐ 특수조제분유 ☐ 저단백식품 ☐ 의료비지원(선천성갑상선기능저하증)						

별지 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 특수조제분유 등 지원을 신청합니다.

신청인 (서명 또는 인)

20 년 월 일

시·도지사 또는 시·군·구청장 귀하

첨부서류	1. 의사진단서 1부 (정밀검사비 신청시, 특수분유 및 의료비 최초 신청시) 2. 영수증 1부 {정밀검사비 신청시 정밀검사 영수증, 선천성갑상선기능저하증은 의료비 (약제비 포함) 영수증 등 세부내역서} ※ 갑상선기능저하증 의료비지원시 신청일로부터 1년 이내의 영수증만 유효함 3. 질병명이 명시된 소견서(변경사항 발생 시) 4. 입금계좌통장 사본 1부 (최초 신청 시 또는 변경사항 발생 시에 한함) 5. 주민등록사본 1부 ※「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략		
보건소장 심사의견			
지급결정액		결 정 년월일	

[별표 2-3]

보건소 → 인구보건복지협회 신청 시

<table>
<tr><td colspan="8">선천성대사이상 환자 특수조제분유 등 지원신청서
□ 신규신청 여부(※ 신규인 경우 ☑ 표시) □ 전입 여부(전출지역:)</td></tr>
<tr><td>① 보건소명</td><td colspan="2"></td><td>② 담당자</td><td colspan="2"></td><td>③ 연락처</td><td></td></tr>
<tr><td>④ 환 아 명</td><td></td><td>⑤ 질환명</td><td></td><td>⑥ 주 민
등록번호</td><td>(앞자리만
기재)</td><td>⑦ 보호자
성 명</td><td></td></tr>
<tr><td>⑧ 분유 등
배송지주소</td><td colspan="3">(*우편번호 5자리)</td><td>⑨ 전 화
번 호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑩ 분유명
(저단백식품)/
수량*단가 =
총금액</td><td colspan="6">❍ 분유명:
❍ 신청수량: 총 통
– 내역: (통 × 개월분) × 원(단가)= 원
– 추가지원 통 포함</td></tr>
<tr><td>⑪ 보건소 주소</td><td colspan="6">우편번호(5자리) : 주소:
청구서를 받을 부서 :
담당자 성명 : 이메일 주소</td></tr>
<tr><td colspan="8">※ 신청서 작성 시 참고사항
(특수분유 및 햇반 신청시 신규자 및 전입환아가 발생한 경우에는 반드시 ∨ 체크하여 작성)
④ 환아명 : 2인 이상 신청시에는 개별 1매씩 작성(환아 1명이 분유 2종 주문시에는 한장에 작성)
⑤ 질환명 : 신청한 분유의 적합 여부 확인을 위하여 필요
⑥ 주민등록번호 : 앞자리만 기재
⑦ 보호자 성명 : 택배 수취인 확인을 위하여 필요
⑧ 배송지 주소 : 우편번호 및 주소 작성
⑩ 분유와 저단백햇반 신청서는 각각 작성
⑪ 보건소 주소 : 청구서류 발송시 필요(이메일은 전자계산서 발급시 필요)
※ 청구서류를 구청이나 행정부서에서 직접 수령요청 시 청구서류 발송처 주소(담당자, 부서명 포함) 별도 기재</td></tr>
</table>

[별표 3]

환아관리 지원 지급현황

(매년 12월 20일까지 송부)

○ ○ 시(군)　○ ○ ○ 보건소

구 분	송 금 일 자	지급액	미지급액
총계		원	원
특수조제분유비 지급 및 미지급현황	합계	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
저단백햇반비 지급 및 미지급현황	합계	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
	. . .	원	원
비 고	※ 회계연도 내 사업비 부족으로 미지급시 인구보건복지협회로 공문 발송		

※ 구분별 송금일자 반드시 기재요망

4 선천성 난청검사 및 보청기 지원

목 적

선천성 난청을 조기진단과 조기 재활을 통해 난청으로 인해 발생할 수 있는 언어·지능발달장애, 사회부적응 등을 예방하고 건강한 성장 발달 도모

가. 사업개요

1) 선천성 난청선별검사(신생아 청각선별검사)

- 선천성 난청은 선천성 질환중 발생률이 높은 질환 중의 하나이며 언어 및 학습장애 초래
  - 신생아 1,000명당 1~3명이 선천성 난청(양측 고도난청) 발생
  - 난청의 위험요인으로는 가족력, 풍진 등 태아감염, 저체중 출생 등이나, 원인불명의 선천성 난청이 약 50%를 차지하고 있어 선진국에서는 전 신생아를 대상으로 청각선별검사 실시

    ※ 난청위험군의 경우 난청 발생률은 2~5%까지 보고(Bess, 1994), 국내 보고에서는 1~2%(중환아실에 입원아 100명중 1~2명, 2010, 2011년 난청조기진단사업 보고서)
  - 출생 후부터 소리에 노출되어 언어를 배우는 영유아가 청력 손실이 있을 경우 소리자극의 감소 및 부재로 인한 언어 장애 및 지능발달 지체도 발생
- 선천성 난청 여부는 출생 직후부터 기기를 활용한 선별 검사로 확인 가능
  - 태아는 27주경에 이미 뇌간청각반응을 할 수 있으며, 출생시 말초 청각기관이 발달되어 있고 이후 청각 자극 경험에 따라 신경계와의 연결이 계속적으로 발달
  - 청각선별검사 기기인 자동청성뇌간반응검사(AABR), 자동이음향방사검사(AOAE) 등으로 경도 이상(대개 35dB)의 난청 여부를 선별
    - 재검(refer)시 청성뇌간반응 역치검사 (Auditory brainstem response, ABR, '타각적 청력역치 측정검사'[보험청구상 F6400])로 난청 확진

      ※ 청각선별검사는 주로 산부인과·소아청소년과, 이비인후과, 확진검사는 이비인후과에서 실시

- **난청의 정도** : 경도 난청 26~40dB, 중등도 난청 41~55dB, 중등고도난청 56~70dB, 고도난청 71~90dB, 농(심도 난청) 91dB (대개 40dB 이상의 청력손실이 있으면 언어소통에 장애가 있으며 양측 60dB 이상의 손실에서 청력장애자 등록)

- **기기별 검사방법**

- ABR(Auditory Brainstem Response)
  : 청력정도(청력역치)를 평가하는 객관적 난청 확진검사로 실제 청력정도를 측정함 보험청구상 '청성뇌간반응 역치검사' (F6400)에 해당함
- AABR(Automated Auditory Brainstem Response) : 자동청성뇌간반응검사
  : 소리자극을 주고 청신경을 비롯한 뇌의 반응을 측정하는 선별검사로 저장된 정상 신생아의 뇌파와 자동으로 비교하여 대개 35dB 이상의 난청 유무를 선별함(pass : 통과 또는 refer : 재검으로 결과가 나옴)
- AOAE(Automated Otoacoustic Emission) : 자동이음향방사검사
  : 소리자극을 주어 내이의 청각세포에서 발생하는 음향 진동파를 측정하여 내이 (달팽이관)의 이상 유무를 확인하는 선별검사로 대개 30~35dB 이상의 난청 유무를 자동적으로 선별함 (pass : 통과 또는 refer : 재검으로 결과가 나옴)

2) 선천성 난청아에 대한 조기진단과 재활의 필요성

- 선천성 난청은 출생 직후 조기에 발견하여 재활치료(보청기 착용, 인공와우이식 등 포함)를 연계하면 언어·지능 장애 최소화가 가능하여 정상에 가까운 사회생활이 가능하며, 장애인으로 평생 소요되는 비용을 고려해 볼 때 비용 측면에서도 효과적임
  - 생후 바로 선별검사를 하지 않는다면 언어습득 후 말을 많이 시작하는 시기인 만 2~3세 이후에 난청을 의심하여 검사하게 되며, 이 시기는 생후 6개월 이전에 재활치료를 시작하는 경우와 비교하였을 때 재활치료의 효과가 상대적으로 적어 청각·언어장애가 남아 정상적인 언어 및 사회소통이 어렵게 됨
- 출생 6개월 이내 재활치료를 하면 거의 정상에 가까운 언어·사회성 발달 가능성이 매우 높아짐(Yoshinaga-Itano, 1996, 1998)
- 비용-효과적 측면에서 볼 때 선별검사-조기확진 및 인공와우수술 비용이 평생 청각 - 언어 장애인으로 교육받고 살아나가는 비용보다 훨씬 덜 드는 것으로 보고됨

참 고 **신생아 난청조기진단사업의 비용효과분석**

- 난청환아 발견을 위한 총 선별검사 비용(신생아 1인당 선별검사 비용을 현재 산부인과에서 비급여로 받고 있는 실제 수가인 5만원으로 하고 연 출생아수를 495,000명(2002년 기준)으로 할 경우)은 약 1,830만원 (1,455명×5만원)정도 소요되며, 선별검사를 시행하지 않을 경우 난청환자 1명당 소요되는 사회적 비용(직접의료비, 특수교육비, 노동력 상실 등)은 13억원, 선별검사를 시행할 경우 1명당 소요되는 사회적 비용은 8억2천만원으로, 결론적으로 난청조기 진단과 조기재활로 난청아 1명당 약 4억8천만원이 절약되며, 1,000명당 3명이 난청아(출생아 대비 1,455명 난청아 발생)가 발생하므로 연간 7000억원이 절감된다.(2018 한국 신생아청각선별검사 가이드라인)

3) 재검아, 난청 확진아 등록관리 (보건소)

※ 신생아 난청 1-3-6 원칙

생후 1개월 이내 모든 신생아들이 신생아청각선별검사를 시행하고, 선별검사 재검아, 유소견자는 생후 3개월 이내 난청확진검사(청성뇌간반응, ABR 검사 포함)를 시행하고 최종 난청으로 진단받은 경우 생후 6개월 이내 보청기, 언어발달검사와 치료를 시작하도록 해야한다. (JCIH 2007, 2018 한국 신생아청각선별검사 가이드라인)

- 신생아청각선별검사의 재검아, 난청확진아 보고관리 및 지원 사업 홍보
  - 효율적인 난청 환아관리를 위하여 의료기관 및 임산부 등을 대상으로 등록관리 취지와 검사비, 영유아 난청 보청기 지원에 대한 교육 및 홍보 실시
  - 산모 및 그 가족들에게 사업의 취지 및 목적을 홍보하여 재검아가 조기에 확진검사를 받고 난청 진단 후 조기재활치료를 시작하도록 보건소에 검사비와 보청기 지원을 신청 및 보고하도록 안내

- 신생아 청각선별검사의 재검아 등록 및 관리
  - [대상] 외래로 신생아 청각선별검사를 시행하고 검사비 지원을 신청한 신생아 중 어느 한쪽 귀라도 '재검(refer)' 판정을 받은 재검아

- 확진검사비(ABR, 청성뇌간반응검사) 지원과 난청환아관리 등록 및 관리
  - [대상] 신생아 청각선별검사 이후 난청 확진을 위해 청성뇌간반응(ABR, auditory brainstem response) 검사를 시행한 재검아

- 청각 선별검사 및 확진 프로토콜을 도입하고, 모자보건수첩 활용과 연계하여 난청환아 등록관리(검사기관 및 보건소)
  - 신생아 대상으로 출생 후 1개월 이내 실시
    - 출생 후 최소한 24시간 지난 후 검사를 시행하도록 하며, 퇴원 직전에 검사하는 것을 권장
  - 검사방법은 청각 위험도 문진검사, AOAE 혹은 AABR 실시
    - 처음 검사에서 Refer가 나와도 같은 시기, 각각의 귀에 최대 2회까지만 검사를 반복하여 시행함 (3번 이상 반복하여 검사하지 않음)
    - 신생아중환자실이나 난청고위험요소를 보유한 신생아는 반드시 AABR를 포함한 청각선별검사를 시행해야함.
  - 재검(refer)시 확진검사 지원 및 환아 확인시 재활치료 연계
    - 난청 환아 발견 및 추적 관리를 위해 확진 검사비 지원(1회)
    - 선천성 난청환아의 경우 장애인 등록으로 재활치료비 보조 가능

      ※ 미국 프로토콜(영아청력협력위원회, JCIH) : 생후 1개월이내 선별검사, 3개월이내 확진검사, 6개월 이내 재활치료(보청기, 언어치료 후 인공와우수술 고려 등)

나. 검사비(선별/확진) 지원

1) 지원 대상

- 시·군·구(보건소) 관할 지역에 주소지를 둔 가구의 신생아
  - 기준 중위소득 180%이하 가구
  - 다자녀(2명 이상)가구에서 출생한 신생아는 소득수준 관계없이 지원

    ※ 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정

- 상기 기준을 원칙으로 하되, 예산의 범위내에서 시장·군수·구청장 또는 보건소장이 지원이 필요하다고 인정한 경우

- 출생 후 2~3일 이내(분만 후 퇴원전)에 실시하도록 권장하고 있으며, 늦어도 28일(신생아 기간) 이내 실시(주로 분만 의료기관에서 검사가 이루어지고 있음)

* 출생후 28일 이내만 건강보험 적용 가능

2) 소득요건 판정기준

● 건강보험료 고지금액을 기준으로 가구원수별 건강보험료 이하인 가구
- 국민기초생활보장 수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인만으로 지원 가능

【2019년 가구원수·가입유형별 소득판정 기준표】

가구원수	기준중위 소득 (180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금액 : 장기요양보험료 미포함 금액임
※ 소득판정 기준표 적용기간 : '19.1.1.~'19.12.31.까지 적용

● 가족수 산정 방법 : 신청일 기준으로 가족수를 산정하며 출생 신고 전의 신생아도 가족 수에 포함

대원칙 : 신생아 부모와 동일 거주지에 거주하는 직계존비속만을 가족수로 합산, 직계존비속의 경우 소득이 있어 별도 보험료를 납부한다면 가족수에서 제외

- 신생아 부모와 그 자녀(재혼가정의 경우 이전 혼인의 자녀 포함)
- 신생아 부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 피부양자(직장가입자)
- 신생아 부모와 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 동일세대의 세대원으로서 보험료를 납부하는 자(지역가입자)
- 신생아 부모가 주민등록상 주소지가 서로 다른 경우 부모각각의 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 신생아 부모가 직계존속(조부모)의 피부양자(건강보험가입자)인 경우 동 직계존속(조무보)을 가족수 포함

● 보험료 산정 방법

- 보험료는 의료비 신청일 기준 직전월 건강보험료(고지금액 기준)

  * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영

  • 연말 정산 등으로 보험료 조정분이 고지될 경우는 정상월분으로 평가

    ※ 직장가입자의 경우 4월분에 연간 정산 보험료가 추가되어 고지되는 경우가 있음

- 직장가입자가 신청일 기준 1개월 이상 휴직한 경우

  ① 1개월 미만 휴직 : 신청일 기준 직전월 건강보험료

  ② 1개월 이상 무급휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 '소득 없음'으로 판정

  ③ 1개월 이상 유급휴직 : 휴직증명서 또는 육아휴직확인서를 징구하고 급여명세서상의 신청기준 직전월분 급여액에 건강보험료 본인부담률을 곱하여 산정

휴직기간	추가제출서류	급여여부	판단기준
1개월 미만	–	–	휴직직전의 건강보험료로 평가
1개월 이상	휴직증명서	무급	소득 없음 판정
		유급	직전월분 급여액*건강보험료 본인 부담률

* 직장가입자 건강보험료율의 본인부담률 : 보수월액의 3.23%('19년 기준)
↳ 2018년 본인부담률 : 3.12%

◈ 참고사항

[국민건강보험법 시행령]

제44조(보험료율 및 보험료부과점수당 금액) ① 법 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율은 1만분의 624로 한다. 〈개정 2012. 12. 27., 2013. 9. 26., 2014. 11. 20., 2015. 12. 22., 2017. 12. 29.〉 ② 법 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액은 183.3원으로 한다. 〈개정 2012. 12. 27., 2013. 9. 26., 2014. 11. 20., 2015. 12. 22., 2017. 12. 29.〉

[보수월액]

근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당

* 보수월액에 포함되지 않는 경우 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직수당, 보훈급여수당(국가유공자) 등 소득세법에 따른 비과세 근로소득(소득세법 제12조 참조)

※ 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위내에서 분할 납부하므로 복직후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률로 지원자격 여부를 판정할 것(휴직기간중 건강보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

- 부부 보험료 합산
  - 부부가 별도의 건강보험증상 등재된 경우(맞벌이 등으로 양쪽 보험료 합산) * 맞벌이 부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 반영
  - 부부가 별도의 건강보험증상 피부양자로 등재된 경우 : 양쪽 보험료 합산(직장 가입자), 보험료 합산 및 등재 인원 모두 가족수 합산(지역가입자)
- 부부중 한명이 외국 국적인 경우 모두 건강보험 가입자일 것
- 부부 중 한명이 국민기초생활보장법에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자인 경우 기초생활 수급가구로 인정
- 부부 중 한명이 국가유공자로서 국민기초생활보장법의 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입의무자가 아닌 경우 최근월분 소득금액에 건강보험료 본인 부담률을 적용하여 보험료 합산
- 건강보험 자격정지(상실)된 경우에는 자격을 회복하고, 건강보험 급여가 정지된 경우에는 급여정지를 해제(보험료 납부조치)한 후 고지된 보험료 금액을 기준으로 대상자 선정

3) 지원내용

- 신생아 청각선별검사비 외래검사시 본인부담금 지원(5,000원~25,000원)
  * 진료비는 지원에서 제외

〈건강보험 적용 이후 환자 본인부담 비용〉

(단위: 원)

구분			의원	병원	종합병원	상급종합병원
자동 이음향 방사검사 (AOAE)	보험적용전		50,000~100,000			
	보험 적용후	입원	0	0	0	0
		외래	4,337	5,450	7,096	8,856
자동 청성뇌간 반응검사 (AABR)	보험적용전		50,000~100,000			
	보험 적용후	입원	0	0	0	0
		외래	9,411	11,824	15,396	19,214

- 청각선별검사 결과 재검(refer)으로 판정된 후 난청 확진 검사를 받은 경우 확진검사비(7만원내) 지원(ABR 본인 부담금)

4) 지원기준

- 입원시 선별검사 후 외래로 선별검사를 받은 경우 외래본인부담금 지원불가, 다만, 선별검사에서 재검(refer)에 따라 국민건강보험으로 적용받은 선별검사를 재실시한 경우에는 1회에 한하여 추가지원 가능(최대 2회까지 지원 가능)
- 난청 확진을 위한 검사비용은 확진검사 결과 관계없이 “청성뇌간반응 역치검사(ABR, 보험청구코드 F6400)”의 본인부담금(전액본인부담금 제외) 지원(난청 확진검사기관 검사비)

  ※ 6세미만 아동 외래진료 본인부담률 적용

  ※ 확진을 위한 의료기관에서 실시한 선별검사인 AABR 또는 AOAE검사는 지원 불가하며, ABR검사비만 지원

5) 지원방법

- 출생일 기준 1년 이내 임산부 또는 아기 주소지 관할 보건소에 신청<서식-1>
- 재검환아(확진검사) 신청
  - 청각선별검사에서 재검(refer)을 받은 환아 등록관리 및 전문병원 안내(보건소)
  - 확진검사 가능한 의료기관에서 검사를 받고 신청인은 보건소장에게 영수증 등 관련서류*를 첨부하여 출생일 기준 1년내 신청

    * 신청서, 검사 확인 가능한 서류(사본가능), 영수증, 통장사본,
  - 타지역으로 이동(이사)한 경우 확진검사비 신청일을 기준으로 이동(이사)한 지역 관할 보건소에서 검사비를 지급하도록 안내(전입·전출 지역 해당 보건소)

다. 난청 환아관리(보청기 지원)

1) (지원대상)

- 기준중위소득 180%이하 가구 중 난청 선별검사 및 확진검사 결과 난청으로 확진받은 만 2세 이하(36개월 미만)영유아
- 양측성 난청이며, 청력이 좋은 귀의 평균청력역치(청각장애등급의 6분법 기준, ABR인 경우 측정치의 평균)이 40~59 dB 범위의 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우

* 장애등급을 받은 환아 제외

2) (지원사항) 영유아 1명당 1개의 보청기 지원(131만원)

3) (지원기준)

① 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급에서 시행)

* <참고자료-5> "보청기 처방 가능 기관 현황"을 참조하여 민원인에게 안내

② 청성뇌간반응 또는 청성지속반응 검사의 역치(적어도 한달 이상의 간격으로 2회 실시하고 두 청력역치가 10dB이내의 차이를 보이는 경우만 인정, 2회의 검사 중 가장 좋은 검사의 평균 역치 결과 기준) ⇒ 검사기관에서 확인

* 평균 청력역치 : 청성지속반응검사(ASSR)은 청각장애등급의 6분법, 기준 청성뇌간반응(ABR)인 경우 측청치의 평균

* 청각장애 6분법 : [(a+2b+2c+d)/6] (500Hz(a), 1000Hz(b), 2000Hz(c), 4000Hz(d))

③ 영유아 한명 당 1개 보청기 지원

④ 보청기 처방을 받은 기관(대학병원급)에서 보청기 착용과 검수 확인을 원칙으로 함

* 검수확인은 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과한 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 발급

● (지원절차)

- (1단계) : 보청기 처방받기

(보호자)보건소 보청기 지원신청서 제출(소득기준 확인) 후 영유아 보청기 처방전, 청력검사결과지, 병원 진료기록지 구비 후 보건소 제출 → (보건소)신청서류 일체 복지부 난청환아관리팀으로 발송 → (난청팀) 지원여부 심사 및 관할 보건소에 심사결과 통보(지원확인서 발부) → (보건소)난청아 가정에 지원(가능)여부 통보

- (2단계) : 보청기 지원금 신청하기

(보호자)보청기 처방 후 구입(자비)·착용 → (보호자)보청기 착용 1달 이후 해당 대학병원 방문하여 검수확인증 발급 → (보호자)보청기 검수 확인증, 지원확인서, 영수증을 서류구비 후 관내 보건소 서류제출 → (보건소)복지부 난청환아관리팀으로 서류 송부 → 서류검토 후 지원여부 통보(난청팀) → (보건소)지원

복지부 난청 환아 관리: 영유아 보청기 신청과 지원방법

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 36개월 미만 영유아 대상
2) 양측성 난청이면서 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 40~59 dB 범위의 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사 (반드시 대학병원에서 시행): 청성뇌간반응(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 시행 (적어도 한 달 이상의 간격으로 2회 실시하고, 두 청력역치가 10dB 이내의 차이를 보이는 경우만 인정하며, 2회의 검사 중 가장 좋은 검사결과의 평균역치를 기준으로 함)
   - 평균 청력역치: 청성지속반응검사(ASSR)은 청각장애등급의 6분법 기준, 청성뇌간반응(ABR)인 경우 측정치의 평균)
   ※ 청각장애 6분법: [(a+2b+2c+d)/6] (500Hz(a), 1000Hz(b), 2000Hz(c), 4000Hz(d))
4) 영유아 한 명 당 1개의 보청기 지원
5) 보청기 처방을 받은 대학병원에서 보청기 착용과 검수 확인을 원칙으로 함. (예외인 경우 검수확인란에 사유 기재)
6) 검수확인은 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과한 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 발급

〈복지부 난청환아관리팀〉
주소 : 한림대학교 강남성심병원 이비인후과 (07441) 서울시 영등포구 신길로 1
전화 : 02-833-5326 / E-mail: unhstft@daum.net
담당교수: 박수경 / 연구간호사: 김학영
* 사업비 입금계좌 :100-030-798853 신한은행 (한림대학교산학협력단)

라. 행정사항

1) 실적관리

시·군·구

- 지원신청자를 종합하여 반기별로 신생아 청각선별검사 보고서
  - 신생아청각선별검사 검사비 지원자 명단<서식-(2)> : 매달
  - 난청 확진검사비 지원명단 매달 보고<서식-3> : 매달
  - 난청 환아관리 실적<서식-4> \분기별 보고 : 분기별

    * 지역보건의료시스템(PHIS) 활성화 이후 청구사항을 입력하는 것으로 실적보고를 갈음 할 예정으로 신청접수 7일 이내 입력 완료

2) 사업관리비 송금

- 매년 1월말까지 광역시·도로 사업량에 따른 사업비 확정 및 통보 (복지부→시·도)
- 매년 2월말까지 관내 시·군·구 사업비 확정 및 통보(시·도→시·군·구 보건소)
- 보건소는 3월말까지 복지부 난청환아관리팀으로 사업비를 일괄 입금(보건소→사업팀)

〈복지부 난청환아관리팀〉

심사비 내역

① 1차 보청기 처방전 검토(심사비 건당 20천원) : 제출한 청력검사결과지, 의무기록, 보청기 처방전 자료를 검토하여 해당 난청 정도를 판단하여 보청기 지원 대상여부를 판정

② 2차 보청기 검수확인증 검토(심사비 건당 10천원) : 제출한 보청기 검수확인증, 영수증을 검토하여 실제 보청기를 구입하고 착용하여 청력개선이 있는지를 확인하여 보청기 적합성을 판정

사업비 내역

① 환아관리 홍보물 제작 및 관련기관 배포

② 의료기관, 학회 등 관련기관 자문회의 등 추진

③ 환아등록 관리 등 통계관리 및 보건소 민원 처리

시·도

- 시·군·구에서 제출받은 신생아 청각선별검사 보고서 복지부에 제출
  - 신생아청각선별검사 검사비 명단 <서식-(2)> : 매달
  - 난청 확진검사비 지원명단 <서식-(3)> : 매달
  - 난청 환아관리 실적<서식-(4)> : 분기별
- 시·군·구에 확정 통지한 사업비 입금여부 확인 후 복지부로 결과 회신(3월말)

3) 홍보·교육

각 시·도 및 시·군·구는 본 환아관리 사업이 조기에 정착될 수 있도록 관내 관련 기관에 적극홍보

시·도 및 시·군·구 보건소

- 시·군·구 단위의 민원기관, 보건(지)소, 선정된 의료기관, 산부인과·소아청소년과·이비인후과 관련 학회 및 병의원 등에 협조공문을 발송하여 검사사업 수행에 필요한 협조 및 홍보(사업 안내서, 양식 및 홍보물 배부 등)
- 시·도, 시·군·구 및 의료기관 홈페이지를 통한 홍보

마. 관련 기관간 연계 강화

검사기관(대학병원)

- (교육)지역별 검사기관과 전문의료기관간 네트워크를 구성하여 청각선별검사 등에 대한 담당자 교육 및 환자의 추후관리를 위해 확진검사·보청기 지원 프로그램 연계 추진

협력병원 선정

- 전문적인 장비, 인력, 치료 및 재활 프로그램 인프라가 구축되어있는 의료기관(전문 병원)을 협력병원으로 선정하되, 지리적 접근성 등을 감안하여 선정
- 의료협력체계로 진단, 검사 및 재활치료 등의 경로를 최소화하여 편이성 제고하고 진료결과 및 재활 정보를 공유함으로써 환자의 추후관리

〈서식 1〉

신생아 청각검사비 신청서

(앞면)

신생아 청각(▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 신청서					
1.아기이름		2. 성 별	남( ) 여( )	3. 출 생 일	
4.보호자(신청인) 성 명		5. 생년월일 (보호자)		6.연락처(휴대폰)	
5.주 소(거주지)					
7.선별검사	①검사명	②검사기관명	③검사일 1) 2)	④ 금액(본인부담액) 1) 2)	
	⑤ 검사종류 1)□AABR □AOAE 2)□AABR □AOAE				
8.선별검사 결과	① 우측: ___ 통과(pass) ____재검(refer) _____ 시행못함 (fail) ② 좌측 :___ 통과(pass) ____재검(refer) _____ 시행못함 (fail)				
9.난청확진검사	①검사명 □ABR(청성뇌간반응) □그외_____	②검사기관명	③검사일	④ 금액(본인부담액)	
10.확진검사 결과	① 좌: 청력 _____dB, ② 우:청력 ____ dB				

지원금액 원 예금주) 은행명) 계좌번호)

위와 같이 신생아 청각검사(▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

〈보건소 확인사항〉

- 차상위이하계층 증명 가능한 경우 별도 서류 제출 없이 지원
  - 국민기초생활수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인
  - 차상위계층 대상자일 경우 관련 증명서 확인
- 차상위이하계층 증명이 없는 경우
  - 주민등록등본※
  - 건강보험증 사본※
  - 건강보험료 본인부담금 고지확인서

–검사비 지원 시 제출서류

- 검사비 영수증, 검사(진료)내역서, 통장사본, 선별 또는 확진검사 결과지 (사본가능)

※「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 또는 행복e음으로 확인가능

선천성 난청검사 및 보청기 지원 사업 개인정보 제공 동의서

신생아 난청검사 및 환아관리사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부(난청사업팀), 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험공단

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
○ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, **동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.**

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의**합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

〈서식 1-1〉

보청기 지원 신청서

(앞면)

보청기 지원 신청서					
1.아기이름		2. 성 별	남( ) 여( )	3. 출 생 일	
4.보호자(신청인) 성 명		5. 생년월일 (산모)		6.연락처 (휴대폰)	
5.주 소(거주지)					

위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

〈보건소 확인사항〉

- 차상위이하계층 증명 가능한 경우 별도 서류 제출 없이 지원
  - 국민기초생활수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인
  - 차상위계층 대상자일 경우 관련 증명서 확인
- 차상위이하계층 증명이 없는 경우
  - 주민등록등본※
  - 건강보험증 사본※
  - 건강보험료 본인부담금 고지확인서

※「**전자정부법**」**에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 또는 행복e음으로 확인가능**

선천성 난청검사 및 보청기 지원 사업 개인정보 제공 동의서

신생아 난청검사 및 환아관리사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부(난청사업팀), 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험공단

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
○ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, **동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.**

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의**합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

〈서식 2〉

신생아청각선별검사 검사비 지원 명단 – 보건소 담당자용 (EXCEL 파일로 작성 관리)

보건소명: 지역명(시·도명):

기간: 20 년 월 일 ~ 월 일

연번	아기이름[1]	성별	출생일	출산(분만) 예정일	보호자 이름	연락처[2]	주소지[3]	선별 검사						신생아중환아실 5일 이상 입원 (1/0표시)[7]	난청환아 관리 동의여부[8]
								검사일	우측 결과[4]	좌측 결과[4]	검사 종류[5]	검사 기관[6]	검사비		

1) 산모 또는 신생아 이름 기재 2) 핸드폰 번호를 우선으로 기재하거나 자택전화 모두 기재

3) 주소의 시(도), 읍/면/동 까지만 기재

4) 선별검사결과를 우측과 좌측 각각 결과 번호로 기재 1: 통과(pass), 2:재검(refer) 3:시행못함(fail)

5) 검사종류: 1–AABR(자동청성뇌간반응), 2–AOAE(자동이음향방사), 3–AABR과 AOAE 모두 시행한 경우

6) 청각선별검사를 시행한 선별검사기관 이름(청각선별검사를 2회 시행한 경우 각각의 줄에 기재한다)

7) 신생아중환자실에 5일 이상 입원한 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 기재

8) 최종 어느 한쪽 귀라도 '재검' 판정을 받고, 난청 환아 관리에 동의한 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 기재

〈서식 3〉

난청 확진검사비 지원 명단 – 보건소 담당자용 (EXCEL 파일로 작성 관리)

보건소명: 지역명(시·도명):

기간: 20 년 월 일 ~ 월 일

연번	아기이름[1]	성별	출생일	출산(분만) 예정일	보호자 이름	연락처[2]	주소지[3]	확진검사 (ABR:청성뇌간반응)					신생아중환아실 5일 이상 입원 (1/0표시)[6]	난청환아 관리 동의여부[7]
								검사일	검사결과 (우측)[4]	검사결과 (좌측)[4]	검사기관[5]	검사비		

1) 산모 또는 신생아 이름 기재 2)핸드폰 번호를 우선으로 기재하거나 자택전화 모두 기재

3) 주소의 시(도), 읍/면/동 까지만 기재

4) 확진검사결과지(청성뇌간반응, ABR)를 복사하여 제출한 경우 생략 (난청 관리팀에서 확인후 기재 예정), 해당 병원에서 진단서에 ABR 검사결과가 기재된 경우 우측과 좌측 청력역치를 기재하여 온 경우에만 해당 칸에 기재

5) 난청 확진검사(청성뇌간반응, ABR)를 시행한 검사기관 이름 기재

6) 신생아중환자실에 5일 이상 입원한 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 기재

7) 난청 환아 관리에 동의한 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 기재

〈서식 4〉

신생아 및 영유아 난청 환아관리 실적 보고 (보건소에서 정리)

반기 영유아 난청 환아관리 실적보고

시·도명(시·군·구명) :

총 출생 인원[1] (A)	선별검사 인원(B)[2]		선별검사비 청구인원			확진검사비 청구 인원		전체 난청 진단인원[6]		난청 분류[6]	
	당분기	누계	당분기	누계(C)[3]	지원율(D)[4]	당분기	누계	당분기	누계	복지부 지원대상 (40-59dB)	청각장애 해당

선별검사 재검 인원		전체 재검률(F)[5]		난청 고위험군[5]		재활치료인원[6]		예산(국비)		
당분기	누계(E)	당분기	누계	당분기	누계	보청기	인공와우 이식술	교부액(누계)	집행액(누계)	집행 잔액

※ 난청관리 위탁기관으로부터 통보받은 난청 진단인원, 재활치료 인원을 포함하여 〈서식4〉에 정리

1) 총 출생인원(A): 해당 지역의 출생신고 건수

2) 선별검사 인원(B): 해당 지역의 청각선별검사 건수 (건강보험공단 자료 요청 필요)

3) 선별검사비 청구인원 누계: 해당 보건소에 선별검사비 청구 건수(C)

4) 선별검사 지원율(D): 해당 지역 출생아수 대비 보건소 선별검사비 지원율로 C/A*100 구한다.

5) 재검률(F): 선별검사 청구인원 중 일측 또는 양측 재검(refer) 인원(E) 비율: E/C x 100 (%)

5) 난청고위험군: 신생아중환자실에 5일 이상 입원아수 (선별검사비를 2회 청구한 경우 중복 제외하고 1건만 인정)

6) 난청 진단인원, 난청분류, 재활치료인원: 난청관리 위탁기관으로부터 통보받아 기재

※ 난청진단: 확진검사(ABR, 청성뇌간반응검사) 결과 한귀 또는 양측귀의 청력역치가 40dB이상 확진받은 경우 난청으로 진단함. (단측 난청 포함)
난청 분류: 1) 복지부지원 대상 난청: 두 귀의 청력손실이 각각 40~59데시벨(dB)인 경우, 2) 청각장애 해당 난청: 복지부 청각장애 등급에 해당하는 경우

영유아 보청기 처방전
(보건복지부 난청환아관리)

진료받은 영유아	성 명			주민등록번호	-
	보호자		관계:	주민등록번호	-
	현 주소			휴대전화번호	

영유아 보청기 처방 기준

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 36개월 미만 영유아 대상
2) 양측성 난청이면서 청력이 좋은 귀의 평균청력역치가 40~59 dB 범위의 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사 (반드시 대학병원에서 시행)
   - 청성뇌간반응(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 시행
     (적어도 한 달 이상의 간격으로 2회 실시하고, 두 청력역치가 10dB 이내의 차이를 보이는 경우만 인정하며, 2회의 검사 중 가장 좋은 검사결과의 평균역치를 기준으로 함)
   - 평균 청력역치: 청성지속반응검사(ASSR)은 청각장애등급의 6분법 기준, 청성뇌간반응(ABR)인 경우 측정치의 평균)
     ※ 청각장애 6분법: [(a+2b+2c+d)/6] (500Hz(a), 1000Hz(b), 2000Hz(c), 4000Hz(d))
4) 영유아 한명 당 1개의 보청기 지원

환자 상태 및 진료소견

1. 고막 및 외이도 소견
우측: _____ 좌측: _____

2. 청력검사 종류
☐ 청성뇌간반응(ABR) ☐청성지속반응(ASSR)
☐ 순음청력검사 ☐기타 _____

3. 청력검사 시행일 (ABR 또는 ASSR만 시행한 경우 2차까지 기재)
1차:_____ 2차:_____ 3차:(추가 검사 시행시)_____

4. 최종 평균 청력역치
☐ 우측: _____ dB ☐ 좌측: _____ dB

5. 보청기 처방 부위: ☐ 우측 ___ ☐ 좌측 ___

6. 특이사항 (어음인지, 언어발달, 중복장애 등)

상기 소견으로 보청기를 처방합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호) :
담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호
전문과목 : 전문의 자격번호 제 호

비고: 1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 처방전에는 반드시 해당 검사 결과지와 진료기록지(사본)를 첨부하여야 합니다.

영유아 보청기 검수확인증
(보건복지부 난청환아관리)

진료받은 영유아	성 명			주민등록번호	–
	보호자		관계:	주민등록번호	–
	현 주소			휴대전화번호	

영유아 보청기 처방 및 검수확인 기준

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 36개월 미만 영유아 대상
2) 양측성 난청이면서 청력이 좋은 귀의 평균청력역치가 40~59 dB 범위의 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사 (반드시 대학병원에서 시행)
   - 청성뇌간반응(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 시행(적어도 한 달 이상의 간격으로 2회 실시하고, 두 청력역치가 10dB 이내의 차이를 보이는 경우만 인정하며, 2회의 검사 중 가장 좋은 검사결과의 평균역치를 기준으로 함)
   - 평균 청력역치: 청성지속반응검사(ASSR)은 청각장애등급의 6분법 기준, 청성뇌간반응(ABR)인 경우 측정치의 평균)
     ※ 청각장애 6분법: [(a+2b+2c+d)/6] (500Hz(a), 1000Hz(b), 2000Hz(c), 4000Hz(d))
4) 영유아 한명 당 1개의 보청기 지원
5) 보청기 처방을 받은 대학병원에서 보청기 착용과 검수 확인을 원칙으로 함. (예외인 경우 검수확인란에 사유 기재)
6) 검수확인은 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과한 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 발급

보청기	구입일		구입처	
	구입가격		구입처 대표명	
	보청기제품명		코드	
	착용 측	우( ), 좌( ), 양측( )	보청기 형태	
	평균 청력역치(기도)	보청기 착용 전 (처방전)	보청기 착용 후	
		우( ), 좌( ), 양측( )	우( ), 좌( ), 양측( ) 기타	
	말소리 듣기, 명료도(%)	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	
	※ 보청기 착용 후 음장검사가 불가한 경우 착용 후 언어발달상태 또는 실이측정검사를 시행하여 보청기 적합성을 결정한다. (단, 만24개월 미만인 경우 의사 판단에 근거하여 검수확인에 의견 기재) ※ 보청기 착용 전 최적어음레벨로 검사를 하고 착용 후에도 같은 어음 레벨로 검사를 진행하되 제시음의 강도가 불쾌역치를 넘는 경우 최적어음레벨로 검사하고, 착용 전후 검사 어음 레벨을 적는다.			

검수확인	(보장구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록)

상기 소견으로 보청기 검수를 확인합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호) :

담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호

전문과목 : 전문의 자격번호 제 호

비고: 검수확인증 발급비용은 진료비에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

〈참고자료-1〉

영유아 보청기 지원 확인서
(보건복지부 난청환아관리)

진료받은 영유아	성 명			주민등록번호	-
	보 호 자		관계:	휴대전화번호	
	현 주소				

- 서류 지원 상태 -

해당 칸에 √ 표시하며, 아래 조건을 모두 만족한 경우 서류상의 영유아 보청기 지원이 합당한 경우임.

☐ 1) 양측성 난청

☐ 2) 청력이 좋은 귀의 가장 좋은 검사결과의 평균청력역치가 40~59 dB 범위의 난청

☐ 3) 기준이 되는 청력검사 만족 (청성뇌간반응(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회)

☐ 4) 청력검사를 적어도 한 달 이상의 간격으로 2회 실시

☐ 5) 두 청력역치가 10dB 이내의 차이를 보이는 경우

* 기타 의견 :

- 지원 결과 -

위 영유아는 보건복지부 출산정책과 영유아 보청기 지원의 구비서류와 청력정도가
해당 지원 기준에 (합당/미흡) 하여 영유아 보청기 지원이
(승인/보류) 되었음을 알려드립니다.

상기 소견으로 영유아 보청기 지원 여부를 확인합니다.

년 월 일

보건복지부 출산정책과
선천성 난청검사 및 보청기 지원사업 위탁기관 (직인)

전화번호: 02-833-5326, 팩스번호: 02-829-5532

〈참고자료-2〉

신생아 청각선별검사 결과 설명

본 검사는 아기의 정상적인 언어발달 과정의 장애가 되는 난청을 조기 발견하고 재활치료시기를 앞당겨 언어장애, 지능장애, 사회부적응 등의 후유증을 최소화하여 건강한 성장발달을 지원하기 위한 것입니다.

검사결과	내 용
PASS (통과)	검사결과 청력이 정상적인 언어발달을 하기에 충분하며, 아기의 연령별 언어발달을 참고하시어 많은 관심을 기울이시기 바랍니다. 또한 본 검사는 선천성 청각선별검사로 향후에 성장과정에 발생될 수 있는 청각장애를 검사할 수 없습니다. 성장과정에서 발생할 수 있는 여러 가지 질환으로 청각장애가 일어날 수 있음을 참고하시기 바랍니다.
REFER (재검)	검사결과 다시 청력검사를 받아야 하며, 이것은 청력에 이상이 있다고 할 수 없으며 걱정하실 필요는 없습니다. 귀 속에 있는 이물(귀밥이나 삼출물 등)이나 검사 당시의 검사 환경이 원인일 수 있습니다. 1개월이내에 재검사를 받으셔서 청력 상태를 확인하시기 바랍니다. 청력 이상이 확진된 경우는 정상적인 언어발달 과정에 장애가 될 수 있으므로 조기 재활치료가 반드시 필요합니다.
FAIL (실패)	신생아 청각선별검사는 아이의 정상적인 발달을 위해 꼭 필요한 검사입니다. 검사를 제대로 마치지 못하였으므로 다시 검사를 받으시기 바랍니다. 성공적인 검사를 위해서는 아기가 잠을 자고 있어야 하므로 검사 전 충분한 수유를 하고 기저귀를 갈아주시기 바랍니다.

※ **난청 고위험군**의 여러 항목 중에 해당되는 내용이 있는 경우는 지연성 청력장애를 일으킬 위험요인이 그렇지 않은 경우에 비해 10배 이상 높으므로, 취학전까지 6개월~1년마다 **정기적**으로 청력검사를 받으시기 바랍니다.

〈참고자료-3〉

◈ 신생아 난청 고위험군(high risk register, HRR-JCIH 2007 기준)

- 유전성 난청의 가족력이 있는 경우
- 5일 이상 신생아중환자실에 입원한 경우, 또는 신생아중환자실에 5일이내 입원하였더라도 체외막형산소섭취(ECMO)나 인공호흡기를 사용한 경우
- 이뇨제(furosemide, lasix)나 이독성 약제(gentamycin, tobramycin 등의 aminoglycoside계 약물)의 사용
- 태아시의 감염TORCHES : 톡소플라즈마증(toxoplasmosis), 풍진(rubella), 거대세포바이러스(cytomegalovirus, CMV), 단순포진(Herpes simplex), 매독(syphilis))이 있는 경우
- 교환수혈이 필요한 정도의 과빌리루빈 혈증이 있는 경우
- 난청과 관련된 증후군을 보이는 경우(Usher 증후군, Pendred 증후군, Norrie 증후군 등)
- 세균성 또는 바이러스성 뇌막염을 포함한 산후 감염이 있는 경우
- 이개와 외이도 기형을 동반한 두개안면부 기형
- 두개저나 측두골 골절 등 두부 손상
- 항암제 등의 화학요법 치료의 기왕력

〈참고자료-4〉

AABR와 AOAE검사 장·단점 비교

구 분	AABR	AOAE
장비가*	2,100~5,000만원	770~1,500만원
시행전 준비	전극, ear tip	ear tip
1회 시행시 재검률 (refer rate)	4%	7~8%
측정시간 (수면시, 검사준비 시간 포함)	20분 내외	10분 내외
검사기술	자동적으로 결과가 출력(pass : 통과 또는 refer : 재검)되어 청각사가 아닌 일반인도 간단한 훈련을 통해 검사 가능	
장 점	- 중이(귀지, 태지 등)의 영향을 적게 받음 - 달팽이관과 청신경의 병변유무를 동시에 측정 - 민감도와 특이도가 둘 다 좋음	- 주변 전기자극 및 소음의 영향이 적음 - 전극 등의 소모품의 비용소요가 없음
단 점	- 소음, 전극 등에 영향 - 기기와 소모품 가격이 높음	- 민감도와 특이도의 차이가 많음 - 청신경질환의 병변이상 감별불가 - 중이 병변에 영향을 많이 받음(귀지, 태지, 삼출성 중이염)
병변이상 선별부위	- 달팽이관과 청신경의 병변까지 검사가능	- 달팽이관까지만 검사가능
민감도·특이도	- 민감도 96%, 특이도 98%	- 민감도 50~100%, 특이도 13~91%

※ 요즘에는 대부분 AABR에 AOAE를 한 기기 내에 같이 사용할 수 있도록 한 'one device for two step' 기기들이 상품화 되어 많이 보급되어 있음

- 민감도(sensitivity) : 질병이 있는 사람을 양성으로 검출하는 비율, 즉 병이 있는 사람을 병이 있다고 판단하는 비율
- 특이도(specificity) : 건강한 사람을 음성으로 검출하는 비율, 즉 정상인 사람을 정상이라고 판단하는 비율

〈참고자료-5〉

난청 확진검사 가능 기관 현황

(2018.11.27. 업데이트)

병원명	인공와우 수술여부	주 소	전화번호 (이비인후과)
연세대학교 강남세브란스병원	가능	서울시 강남구 도곡동 146-92	02-2019-2580
성균관의대 삼성서울병원	가능	서울시 강남구 일원동 50	02-3410-2340
소리이비인후과의원	가능	서울시 강남구 청담동	02-542-5222
한림대학교 강동성심병원		서울시 강동구 길동 445번지	02-2224-2279
강동경희대학교병원	가능	서울시 강동구 동남로 892	02-440-7321
중앙보훈병원	가능	서울시 강동구 둔천동 6-2	02-2225-1384
강서 소리 귀클리닉		서울시 강서구 화곡3동 1024-6	1670-7592
군자 소리 귀틀리닉	가능	서울시 광진구 능동237-11 광명빌딩	1600-7592
고려대학교 구로병원	가능	서울시 구로구 구로동 80번지	02-818-6151
원자력병원		서울시 노원구 공릉2동 215-4	02-970-2256
인제의대 상계백병원		서울시 노원구 상계 7동 761	02-950-1104
을지병원		서울시 노원구 하계1동 280-1	02-970-8276
가톨릭대학교 성바로오병원		서울시 동대문구 전농2동 620-56	02-958-2145
경희대학교병원	가능	서울시 동대문구 회기동 1번지	02-958-8471
서울의대 보라매병원	가능	서울시 동작구 신대방동 395번지	02-840-2220
중앙대학교병원	가능	서울시 동작구 흑석동 224-1	02-6299-1765
연세대학교 세브란스병원	가능	서울시 서대문구 신촌동 134번지	02-2228-3480
가톨릭대학교 서울성모병원	가능	서울시 서초구 반포동 505번지	02-590-1511
한양대학교병원	가능	서울시 성동구 행당동 17번지	02-2290-8580
고려대학교 안암병원	가능	서울시 성북구 안암동 5가 126-1	02-920-5485
국립경찰병원		서울시 송파구 가락본동 58번지	02-3400-1274
울산의대 서울아산병원	가능	서울시 송파구 풍납동 388-1	02-3010-3691
양천서울이비인후과의원		서울시 양천구 목 5동	02-2062-1800
이화의대 목동병원	가능	서울시 양천구 목 6동 911-1	02-2650-5155
한림대학교 강남성심병원	가능	서울시 영등포구 대림1동 948-1	02-829-5217
가톨릭대학교 여의도성모병원	가능	서울시 영등포구 여의도동 62번지	02-3779-1239
순천향대학교 서울병원	가능	서울시 용산구 한남동 657-58	02-709-9360
서울대학교병원	가능	서울시 종로구 연건동 28번지	02-2072-2441
성균관의대 강북삼성병원	가능	서울시 종로구 평동 108번지	02-2001-2264
국립중앙의료원		서울시 중구 을지로 6가 18-79	02-2260-7244

병원명	인공와우 수술여부	주 소	전화번호 (이비인후과)
인제의대 서울백병원		서울시 중구 저동 2가 85번지	02-2270-0070
왈레스 기념 침례병원	가능	부산시 금정구 남산동 374-75	051-580-1350
부산성모병원		부산시 남구 용호동 538-41	051-933-7214
인제의대 부산백병원	가능	부산시 부산진구 개금동 633-165	051-890-6375
동아대학교병원	가능	부산시 서구 동대신동 3가 1번지	051-240-5420
부산대학교병원	가능	부산시 서구 아미동 1가 10번지	051-240-7329
고신대학교 복음병원		부산시 서구 암남동 34번지	051-990-6136
메리놀병원		부산시 중구 대청동 4가 12번지	051-461-2205
인제의대 해운대백병원		부산시 해운대구 해운대로 875	051-797-2290
대구가톨릭대학병원		대구시 남구 대명4동 3056-6	053-650-4525
영남대학교 부속병원		대구시 남구 대명동 317-1	053-620-3261
대구파티마병원	가능	대구시 동구 신암동 576-31	053-940-1950
칠곡경북대학교병원		대구시 북구 학정동 474	053-200-3041
계명대학교 동산병원	가능	대구시 중구 동산동 194번지	053-250-7715
경북대학교병원	가능	대구시 중구 삼덕동 2가 50번지	053-420-5771
가천의과대학교 길병원	가능	인천시 남동구 구월동 1198	032-460-3326
가톨릭대학교 인천성모병원	가능	인천시 부평구 부평동 665번지	032-510-5526
인하대학교병원	가능	인천시 중구 신흥동3가 7-206	032-890-2420
조선대학교병원	가능	광주시 동구 서석동 588번지	062-220-3200
전남대학교병원	가능	광주시 동구 학동 8번지	062-220-6785
건양대학교병원	가능	대전시 서구 가수원동 685번지	042-600-9215
을지대학병원		대전시 서구 둔산동 1306	042-259-1324
충남대학병원	가능	대전시 중구 대사동 640번지	042-220-7690
가톨릭대학교 대전성모병원	가능	대전시 중구 대흥동 520-2	042-220-9580
하나이비인후과병원		울산시 남구 삼산로 139 (달동)	052-708-1111
울산대학교병원		울산시 동구 전하동 290-3	052-250-7189
동강병원		울산시 중구 태화동 123-3	052-241-1320
관동의대 명지병원		경기도 고양시 덕양구 화정동 697-24	031-810-6350
인제의대 일산백병원		경기도 고양시 일산구 대화동 2240번지	031-910-7250
국민건강보험공단일산병원		경기도 고양시 일산구 백석동 1232번지	031-900-0610
한양대학교 구리병원	가능	경기도 구리시 교문동 249-1	031-560-2360
가톨릭대학교 부천성모병원	가능	경기도 부천시 원미구 소사동 2번지	032-340-2110
순천향대학교 부천병원	가능	경기도 부천시 원미구 중동 1174번지	032-621-5054

병원명	인공와우 수술여부	주 소	전화번호 (이비인후과)
분당서울대학교병원	가능	경기도 성남시 분당구 구미동 300	031-787-2690
대진의료재단 분당제생병원	가능	경기도 성남시 분당구 서현동 255-2호	031-779-0258
포천중문의대 분당차병원	가능	경기도 성남시 분당구 야탑동 351번지	031-780-5340
아주대학교병원	가능	경기도 수원시 영통구 원천동 산 5번지	031-219-5745
서울이비인후과의원		경기도 수원시 팔달구 인계동 975-1020	031-222-5075
가톨릭대학교 성빈센트병원		경기도 수원시 팔달구 지동 93번지	031-249-7450
고려대학교 안산병원	가능	경기도 안산시 고잔동 516번지	031-412-5170
한림대학교 성심병원	가능	경기도 안양시 동안구 평촌동 896번지	031-380-3849
연세소리이비인후과의원		경기도 용인시 처인구 역북동	031-335-5030
가톨릭대학교 의정부성모병원	가능	경기도 의정부시 금오동 65-1	031-820-3117
한림대학교 동탄성심병원	가능	경기도 화성시 석우동 40	031-8086-3000
강릉아산병원	가능	강원도 강릉시 사천면 방동리 415	033-610-3301
연세대학교 원주세브란스기독병원	가능	강원도 원주시 일산동 162번지	033-741-1400
한림대학교 춘천성심병원	가능	강원도 춘천시 교동 153번지	033-252-9970
충북대학교병원	가능	충청북도 청주시 흥덕구 개신동 62번지	043-269-6156
건국대학교 충주병원		충청북도 충주시 교현2동 620-5	043-840-8280
순천향대학교 천안병원	가능	충청남도 천안시 동남구 봉명동 23-20	041-570-2265
단국대학교병원	가능	충청남도 천안시 동남구 안서동 산16-5	041-550-6480
두리이비인후과의원		충청남도 천안시 서북구 쌍용동	041-578-5578
원광대학교병원	가능	전라북도 익산시 신용동 344-2	063-850-1310
전북대학교병원	가능	전라북도 전주시 덕진구 금암동 634-18	063-250-1985
탑이비인후과의원		전라북도 전주시 완산구 서신동 856-995	063-255-9981
전주예수병원		전라북도 전주시 완산구 중화산동 1가300번지	063-230-8150
동국대학교 경주병원		경상북도 경주시 석장동 1090-1	054-770-8261
순천향대학교 구미병원		경상북도 구미시 공단동 250번지	054-463-7151
거창제일이비인후과의원		경상남도 거창군 거창읍 대동리	055-942-2727
아이비이비인후과의원		경상남도 김해시 내동 1130-1172	055-312-2575
양산부산대학교병원	가능	경상남도 양산시 물금읍 범어리	055-360-1440
경상대학교병원	가능	경상남도 진주시 칠암동 92번지	055-750-8179
정이비인후과의원		경상남도 창원시 마산회원구 합성2동	055-294-6675
성균관의대 삼성창원병원	가능	경상남도 창원시 마산회원구 합성동 50번지	055-290-6068
제주한라병원		제주시 도령로 65	064-740-5000
제주대학교병원		제주시 아라1동 1753-3	064-717-1715

〈참고자료-6〉

보청기 처방 가능 기관 현황

지역	병원명	주 소	전화번호
서울시	가톨릭대학교 여의도성모병원	서울특별시 영등포구 63로 10 (여의도동)	02-3779-1114
	가톨릭대학교 서울성모병원	서울특별시 서초구 반포대로 222 (반포동)	02-1588-1511
	가톨릭대학교 성바오로병원	서울특별시 동대문구 왕산로 80 (전농동)	02-958-2114
	강동경희대학교병원	서울특별시 강동구 동남로 892 (상일동)	02-440-7114
	강동성심병원	서울특별시 강동구 성안로 150 (길동)	02-2224-2114
	강북삼성병원	서울특별시 종로구 새문안로 29(평동)	02-2001-2001
	건국대학교병원	서울특별시 광진구 능동로 120-1(화양동)	1588-1533
	경찰병원	서울특별시 송파구 송이로 123(가락동)	02-3400-1114
	경희대학교병원	서울특별시 동대문구 경희대로 23(회기동)	02-958-8114
	고려대학교 부속병원(안암병원)	서울특별시 성북구 인촌로 73(안암동5가)	02-927-5111
	고려대학교의과대학 구로병원	서울특별시 구로구 구로동로 148(구로동)	02-2626-1114
	국립중앙의료원	서울특별시 중구 을지로 245(을지로6가)	02-2260-7114
	삼성서울병원	서울특별시 강남구 일원로 81(일원동)	3410-2114
	서울대학교병원	서울특별시 종로구 대학로101 (연건동)	02-2072-2114
	서울아산병원	서울특별시 송파구 올림픽로 43로 88 (풍납동)	02-3010-3114
	서울특별시 보라매병원	서울특별시 동작구 보라매로 5길20 (신대방동)	02-870-2114
	순천향대학교 서울병원	서울특별시 용산구 대사관로59 (한남동)	02-709-9114
	연세대학교 강남세브란스병원	서울특별시 강남구 언주로 211(도곡동)	02-2019-2114
	연세대학교의과대학 세브란스병원	서울특별시 서대문구 연세로 50-1(신촌동)	02-2228-0114
	원자력병원	서울특별시 노원구 노원로 75	02-970-2114
	을지대학교 을지병원	서울특별시 노원구 한글비석로 68 (하계동)	02-970-8366
	이화여자대학교의과대학부속목동병원	서울특별시양천구 안양천로1071 (목동)	02-2650-5114
	인제대학교 상계백병원	서울특별시 노원구 동일로 1342(상계동)	950-1114
	인제대학교 서울백병원	서울특별시 중구 마른내로9 (저동2가)	02-2270-0114
	중앙대학교병원	서울특별시 동작구 흑석로102(흑석동)	1800-1114
	중앙보훈병원	서울특별시강동구 진황도로61길53(둔촌동)	02-2225-1111
	한림대학교 강남성심병원	서울특별시 영등포구신길로 1(대림동)	02-829-5017

지역	병원명	주 소	전화번호
	한양대학교병원	서울특별시 성동구 왕십리로 222-1 (사근동)	02-2290-8114
부산 광역시	고신대학교 복음병원	부산광역시 서구 감천로 262 (암남동)	051-990-6114
	동아대학교병원	부산광역시 서구 대신공원로 26 (동대신동3가)	051-240-2400
	메리놀병원	부산광역시 중구 중구로 121(대청동4가)	051-465-8801
	부산대학교병원	부산광역시 서구 구덕로 179 (아미동1가)	051-254-0171
	부산성모병원	부산광역시 남구 용호로232번길25-14 (용호동)	051-933-7000
	인제대학교 부산백병원	부산광역시 부산진구 복지로 75 (개금동)	051-890-6212
	인제대학교해운대 백병원	부산광역시 해운대구 해운대로 875 (좌동)	051-797-0114
대구 광역시	경북대학교병원	대구광역시 중구 동덕로 130 (삼덕동2가)	053-422-1141
	계명대학교 동산병원	대구광역시 중구 달성로 56(동산동)	053-250-7114
	대구가톨릭대학교병원	대구광역시 남구 두류공원로17길 33 (대명동)	053-650-3000
	대구파티마병원	대구광역시 동구 아양로99 (신암동)	1688-7770
	영남대학교병원	대구광역시 남구 현충로 170 (대명동)	053-623-8001
	칠곡 경북대학교병원	대구광역시 북구 호국로 807-807(학정동)	053-200-2000
인천 광역시	가톨릭관동대학교 국제성모병원	인천광역시 서구 심곡로100번길25 (심곡동)	032-1600-8291
	가톨릭대학교 인천성모병원	인천광역시 부평구 동수로 56 (부평동)	032-1544-9004
	길병원	인천광역시 남동구 남동대로774번길 21(구월동)	032-1577-2299
	인하대학교 병원	인천광역시 중구 인항로 27(신흥동3가)	032-890-2114
광주 광역시	광주기독병원	광주광역시 남구 양림로 37(양림동)	062-650-5000
	전남대학교병원	광주광역시 동구 제봉로 42 (학동)	062-1899-0000
	조선대학교병원	광주광역시 동구 필문대로 365 (학동)	062-220-3321
대전 광역시	가톨릭대학교 대전성모병원	대전광역시 중구 대흥로 64 (대흥동)	042-252-6807
	건양대학교병원(대전)	대전광역시 서구 관저동로 158(관저동)	042-600-9999
	을지대학교병원	대전광역시 서구 둔산서로 95 (둔산동)	042-611-3000

지역	병원명	주 소	전화번호
	충남대학교병원	대전광역시 중구 문화로 282 (대사동)	042-280-7114
울산 광역시	울산대학교병원	울산광역시 동구 방어진순환도로 877(전하동)	052-250-7000
경기도	가톨릭대학교 부천성모병원	경기도 부천시 소사로 327 (소사동)	032-1577-0675
	가톨릭대학교 의정부성모병원	경기도 의정부시 천보로 271 (금오동)	1661-7500
	가톨릭대학교성빈센트병원	경기도 수원시 팔달구 중부대93 (지동)	031-1577-8588
	고려대학교의과대학부속안산병원	경기도 안산시 단원구 적금로 123(고잔동)	031-412-5653
	국민건강보험공단일산병원	경기도 고양시 일산동구 일산로 100 (백석동)	031-900-0114
	동국대학교일산병원	경기도 고양시 일산동구 동국로 27 (식사동)	031-961-7000
	명지병원(경기도 고양시)	경기도 고양시 덕양구 화수로14번길 55(화정동)	031-810-5114
	분당서울대학교병원	경기도 성남시 분당구 구미로173번길 82(구미동)	031-787-2114
	분당제생병원	경기도 성남시 분당구 서현로 180번길 20(서현동)	031-779-0114
	분당차병원	경기도 성남시 분당구 야탑로59 (야탑동)	031-780-5000
	순천향대학교 부천병원	경기도 부천시 조마루로170 (중동)	032-621-5114
	아주대학교병원	경기도 수원시 영통구 월드컵로 164 (원천동)	031-219-5114
	인제대학교일산백병원	경기도 고양시 일산서구 주화로 170 (대화동)	031-910-7114
	한림대학교 동탄성심병원	경기도 화성시 큰재봉길 7(석우동)	031-8086-3000
	한림대학교성심병원	경기도 안양시 동안구 관평로170번길 22(평촌동)	031-380-1500
	한양대학교 구리병원	경기도 구리시 경춘로 153 (교문동)	031-1644-9118
강원도	강릉아산병원	강원도 강릉시 사천면 방동길38(사천면)	033-610-3114
	강원대학교병원	강원도 춘천시 백령로156(효자동)	033-258-2000
	연세대학교원주세브란스기독병원	강원도 원주시 일산로 20(일산동)	033-741-1043
	한림대학교부속 춘천성심병원	강원도 춘천시 삭주로 77(교동)	033-240-5000
충청 북도	건국대학교 충주병원	충청북도 충주시 국원대로82(교현동)	043-840-8200
	충북대학교병원	충청북도 청주시 서원구 1순환로 776 (개신동)	043-269-6311
충청	단국대학교 부속병원	충청남도 천안시 동남구 망향로 201 (안서동)	041-1588-0063

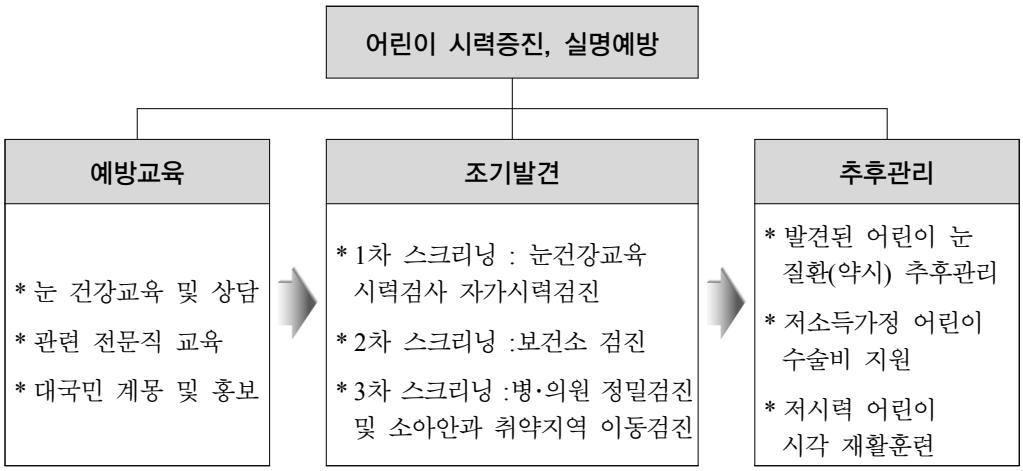
지역	병원명	주 소	전화번호
남도	순천향대학교 천안병원	충청남도 천안시 동남구 순천향6길 31 5동(봉명동)	041-570-2018
전라북도	원광대학교병원	전라북도 익산시 무왕로 895 (신동)	063-859-1114
	전북대학교병원	전라북도 전주시 덕진구 건지로 20 (금암동)	063-250-1114
	전주예수병원	전라북도 전주시 완산구 서원로 365(중화산동1가)	063-230-8114
전남	화순 전남대학교병원	전라남도 화순군 화순읍 서양로 322	061-379-7114
경상북도	동국대학교 의과대학 경주병원	경상북도 경주시 동대로87(석장동)	054-748-9300
	순천향대학교 구미병원	경상북도 구미시 1공단로 179 (공단동)	054-468-9544
경상남도	경상대학교병원	경상남도 진주시 강남로 79 (칠암동)	055-750-8000
	성균관대학교 삼성창원병원	경상남도 창원시 회원구 팔용로 158-158 (합성동)	055-233-5114
	양산부산대학교병원	경상남도 양산시 물금읍 금오로20 ()	055-360-1000
	창원 경상대학교병원	경상남도 창원시 성산구 삼정자로 11 (성주)	055-214-1106
제주도	제주대학교병원	제주특별자치도 제주시 아란13길 15(아라일동)	064-717-1075
	제주한라병원	제주특별자치도 제주시 도령로 65	064-740-5000

5 취학전 아동 실명예방사업

가. 사업개요

- 사업목적
  - 눈 건강을 위한 생활습관교육 및 자가시력검진을 통한 시력증진
  - 약시의 조기발견과 치료를 통한 시각장애 예방으로 국민 눈 보건 향상
    ※ 유아기부터 눈 관리를 하고 눈의 중요성을 교육함으로써 평생 건강한 눈을 지키고 살 수 있는 기초 구축

- 사업 체계



- 사업 내용
  - 어린이 눈 건강 교육 사업 : 보육기관에 눈 건강 전문 간호사와 시력검사요원이 보육기관을 방문하여 교육 및 시력검진요원이 시력검사 실시, 유치원 교육환경 조도 측정, 눈 건강교육 후 설문 평가(유치원 교사, 학부모 대상)
  - 실명예방 홍보사업 : 기사 및 보도자료, 눈의날 대중매체 광고 및 홍보 캠페인, 리플렛 및 교육자료 제작 배포, 홍보부스 운영, 홈페이지 운영
  - 자가 시력검진 사업 : 어린이집, 유치원 아동(2~6세) 대상, 가정에서 자가시력검진키트로 검진, 보건소에서 2차 정밀검진대상자 선별·안내

- 소아안과 취약지역 정밀검진 사업 : 소아안과 전문의를 포함한 검진요원들이 검사 장비를 가지고 보건소에 방문하여 정밀검진 실시(사전에 보건소로부터 취약지역 정밀검진 신청 접수과정 거쳐 일정 조율)
- 안질환(약시) 어린이 추후관리 사업 : 자가시력검진(가정용시력검사도구)을 통해 약시로 판정된 어린이 등에게 가림치료 제공 및 부모 상담 및 질환 이해를 위한 정보 제공
- 저소득 가정 어린이 눈 수술비 지원 사업 : 저소득 가정 어린이 눈 수술비 지원(사시, 안검하수, 선천성 백내장 등)

  * 기초생활수급자(의료급여 1종, 2종), 차상위 의료경감대상자/차상위 계층, 건강보험대상자 중 중위소득 80% 이하 가정

- 저시력 어린이 시각재활 사업 : 저시력 어린이 의료상담, 시기능 효율성 개발 훈련, 시지각 발달검사 훈련, 시각사용기술 훈련, 저시력 보조기구 적응훈련, 사회적응력 향상 프로그램 운영

● 사업예산 및 규모

- 사업규모 : 전국 취학전 아동(만 2~6세)
- 지원형태 : 민간경상보조

  * 사업수행기관(위탁기관)을 매년 1월 중 공모·선정하며, 이후 세부 사업별 추진절차, 신청방법(서식 포함) 등의 세부계획서를 책자로 인쇄하여 각 지자체(보건소)에 배포 예정

- 사업예산 : 605백만원

● 사업 대상

- 지원 대상(사업실시 대상자) : 전국 취학전 만 2세 ~ 6세 아동

나. 기관별 역할

기 관	담당부서	업무내용	비 고
보건복지부	출산정책과	사업평가 및 감독	
전국 시··도 보건과	보건위생과장 외	업무관리, 행정협조	17개 시·도
전국 보건(지)소	사업 담당자	시력이상자 판정, 병원의뢰 검진표 취합, 수술비 지원자 접수 보건교육 행정 협조	250여 개소 외
전국 안과 병·의원	원무과, 안과	수술진행 행정협조, 안과 수술	
대한안과학회(안과)		홍보 및 검진의사 섭외 협조	전국 2,000여명
서울시 교육청 학교보건진흥원	보건지원과	업무관리, 보건교육 행정협조	11개 지역청
서울시 교육청 특수교육지원센터		저시력인 발굴 행정협조 및 보건교육 행정 협조 시기능평가 협약	11개 지역청
전국 시·도 교육청		업무관리, 보건교육 행정협조	6개 지역청
한국보육진흥원	보육정보센터 드림스타트센터	업무관리, 행정 홍보협조	229개 드림스타트센터
국립재활원		재활로봇(저시력보조기구)사업 협약	
전국 어린이집	원장 외	시력검사지원	2만 여 개소
전국 유치원	원장 외	시력검사지원	1,000개소

영유아건강 Q&A

질의 1 **개인병원에서 2.5kg 이상으로 출생한 아기가 호흡기 곤란이 있어서 대학병원으로 이송하였는데 몸무게가 2.4kg로 확인됨. 미숙아 의료비 지원 가능한가요?**

☞ 출생 시 체중은 정상이므로 미숙아에 해당하지 않습니다. 아기들의 체중은 약간의 변화에도 민감하게 반영되는 경우가 많으므로 출생시 체중과 재태기간이 미숙아를 판정하는 기준임을 참고하시기 바랍니다.

질의 2 **미숙아(또는 선천성이상아)를 출산하여 A병원에서 치료 중 의료진의 권유로 B병원으로 옮겨야 한다는 의견에 따라 병원을 옮겨 치료를 하였습니다. 재입원으로 판단하여 A병원의 치료비는 지원하지 않고 B병원의 치료비만 지원하나요?**

☞ 의료적 필요(의료진 소견서 첨부)에 의해 전원을 한 경우 A, B병원치료비를 모두 지원할 수 있습니다. 다만, 양쪽 의료기관 모두 신생아 중환자실치료 여부를 확인하시기 바랍니다. 재입원이란 상식적으로 퇴원 후 다시 입원(입원치료를 종료하고 퇴원하여 일정한 시간이 경과 한 후 재발 혹은 2차 치료 등의 사유)하는 경우입니다.

질의 3 **미숙아 출생 후 중환자실에 입원 치료 후 퇴원하였으나 미숙아 의료비지원 제도가 있는 것을 알지 못하여 퇴원 후 6개월 5일 후 지원신청을 하였습니다. 지원할 수 있을까요?**

☞ 의료비지원 대상자 선정에 있어서 가장 중요한 것은 지원 질환(미숙아, 선천성이상 등 진단서 등)확인과 지원 가능한 소득수준입니다. 신청기한 기준은 절대적인 기준이라기 보다는 상대적인 기준에 해당하므로 지자체별 여건에 따라 신청기간을 초과하여 신청한 경우 지원이 필요하다고 인정하는 경우 지원하실 수 있습니다. 다만, 과도한 기간초과를 용인하는 것은 지원기준 범위의 무한 확대를 초래하므로 유의하시기 바랍니다.

질의 4 **첫째아를 쌍둥이로 출산한 경우 소득기준 초과 시 미숙아 의료비 지원은 어떻게 하는지?**

☞ 첫 번째 출산에서 쌍둥이를 출산한 경우 아이가 2명이므로 다자녀(2명이상) 가구에 해당하므로 소득 수준에 관계없이 미숙아인 아기 모두의 의료비를 지원할 수 있습니다.

질의 5 **대학병원에서 미숙아 치료받다가 가까운 개인 산부인과로 바로 옮길 경우(미숙아 치료를 위해 옮김) 미숙아 의료비 지원가능한가요?**

☞ 미숙아의료비 지원은 신생아 중환자실에 입원 치료한 경우에 지원합니다. 가까운 개인병원에 신생아 중환자실이 있는 경우가 아니라면 지원할 수 없습니다. 중환자실에서 일반병실로 옮겨 치료한 경우도 중환자실 의료비와 일반병실의 의료비는 분리하여 일반병실 입원료에 해당하는 내역은 지원대상에서 제외함을 참고하시기 바랍니다.

질의 6 **일반신생아실 인큐베이터 이용 시 미숙아의료비 지원이 가능한가요?**
아이가 준중환자실 인큐베이터 이용 시 미숙아의료비 지원이 가능한가요?

☞ 지원하지 않습니다. 신생아중환자실 입원 경우만 지원합니다. 동 사업은 신생아집중치료를 요하는 미숙아 치료를 위한 의료비를 지원하고 있으므로 일반신생아실 혹은 준중환자실(의료기관 자체 병실분류법으로 추정)등의 인큐베이터를 사용한 경우는 지원하지 않습니다.

질의 7 **미숙아가 15일간 NICU에서 치료한 의료비영수증(상세내역)에 10일간은 NICU의 수가를 적용하였으나 후반 5일간은 NICU에 입원하였음에도 불구하고 일반병실 수가를 적용한 의료비를 청구한 경우 지원범위는?**

☞ NICU에 입원하였으나 일반병실 수가를 적용한 경우는 지원대상에서 제외합니다

– 의료기관이 신생아실집중치료실 수가를 인정받지 못할 치료를 했다는 것을 인정한 것을 함의합니다. 즉, 병실로서의 NICU는 입원만으로는 NICU수가를 적용하지 않는 것으로 이는 NICU수가 적용 가능한 치료가 수반되지 않았음을 의미하므로 의료기관에서 인정한 일반병실 입원수준의 치료를 한 것으로 판단할 수 있습니다.

질의 8 **출생 후 28일 이내에 Q코드를 여러 개 진단을 받고 출생 후 2개월째 1차 수술 및 치료 후 퇴원, 4개월째 2차 수술 및 치료 후 퇴원 한 경우. 지원은 둘다 지원이 가능한가요? 과거 답변은 6개월은 많은 금액을 선택하여 1개질환만 지원가능하였음.**

☞ 6개월 이내 여러 진단 또는 동일진단으로 사전적·구체적 계획에 따라 몇 차례 수술한 경우(퇴원 후 재입원하여 수술한 경우 포함), 한도내에서 모두 지원가능합니다('19년부터 변경적용)

질의 9 **남편은 외국에서 소득활동 중인 것으로 추정하지만 소득이 없다고 주장하며 남편은 건강보험 미가입 상태, 부인만 건강보험 납부하는 경우 어떻게 처리하면 될까요?**

☞ 남편의 소득을 없는 것으로 간주하고 가구원 수에서도 제외하여 판정하도록 합니다. 해외 근로자의 경우 의 소득을 증빙하기가 여의치 않기 때문에(국세청에서도 소득을 파악하기 어렵다고 함) 소득과 가구원 수에서 제외하는 것이 가장 합리적인 방법입니다.

질의 10 신청자(부모)가 모두 외국인일 경우 지원할 수 있을까요?

☞ 지원하기 어렵습니다. 지원이 필요한 모든 대한민국 국민을 지원하는 수준의 사업이 아니므로 외국인까지 지원하기 어려운 점이 있으므로 참고하시기 바랍니다. 다만, 부모 중 1인이 한국 국적을 취득한 경우는 지원할 수 있으므로 충분히 확인한 후 지원결정하시기 바랍니다.
아울러 「난민의 지위에 관한 협약」제24조에 따라 법무부장관이 난민으로 인정한 자인 경우 외국인등록증 및 난민인정관련 서류를 제출받아 지자체별로 예산 등 사정에 따라 결정하시기 바랍니다.
(영유아 사전예방적 건강관리 사업에 모두 적용)

질의 11 미숙아(1.4kg)로 태어나 의료비가 1천만원 발생. 시·군·구에서 긴급의료비 3백만원 지원받았을 경우 보건소에서 미숙아 의료비는 얼마를 지원하면 되나요?

☞ 긴급복지지원법 등 타 법률·제도에 의하여 의료비 국가지원을 받은 대상자는 미숙아 의료비 최대지원가능금액에서 타 법률·제도에 의한 지원금을 공제한 차액을 지원"하도록 하였으므로 최대지원금액(1천만원)에서 3백만원(긴급의료비)을 공제한 금액인 7백만원에서 미숙아 의료비지원 금액을 계산합니다.(급여 부분 본인부담금을 우선 공제한 후 적용)

질의 12 선천성이상아 의료비 지원시 구개구순열 수술 후 미용목적 성형수술을 한 경우, 성형수술비 지원이 가능한가요?

☞ 선천성이상아 의료비 지원사업의 취지(위급하고 응급을 요하는 고위험 신생아 지원)에 따라 성형수술비 지원은 불가합니다. 또한 모든 구개구순열 수술시 성형수술이 의무적으로 시행하는 것이 아니므로 형평성에도 맞지 않은 것으로 판단됩니다. 단, 코성형이 미용목적이 아닌 기능적인 문제로 필수적으로 시행되어야하는 경우, 의료진의 명확한 소견을 받아 지원여부 판단

질의 13 요소회로대사질환으로 등록된 환아입니다. 의사가 UCD와 프로테인프리를 처방한 경우 두 가지 모두 지원해도 되나요? (인구보건복지 확인결과 관련질환에 필요한 분유가 맞으며 지원 단가는 UCD와 동일함(1통 17,600원)

☞ 의료기관에서 처방이 있는 경우 두 가지 분유를 지원이 가능합니다. 다만 권고사항인지 반드시 필요한지를 확인하시어 판단하시고 처방에 따라 지원하시기 바랍니다.

질의 14 특수조제분유 등 선천성대사이상 환아 지원을 만 19세미만 까지로 규정하고 있습니다. 만19세 미만의 지원기준은?

☞ 만 19세 생일이 속하는 달까지 지원가능합니다.

질의 15 **크론병 및 단장증추군 환아에 대한 네오게티트 분유지원 환아 중 출생 후 12개월을 초과한 환아에 대한 지속적인 지원이 가능한가요?**

☞ 출생 후 12개월 초과한 환아는 다른 분유로 전환되어야 하나 네오게이트의 섭취가 필요하다는 의사의 소견서 또는 처방전이 있는 경우 지원기준 내에서 지원 가능합니다.

질의 16 **선천성 갑상선기능저하증 환아입니다. 지원신청하면서 제출한 의료비 영수증 내역에 선천성 갑상선기능저하증 치료와 무관한 치과진료 비용이 포함되어있습니다. 이런 경우 의료비지원이므로 같이 지원해야 하나요?**

☞ 치과진료비용은 지원하지 않습니다. 선천성 갑상선기능 저하증환아의 의료비지원의 경우 연 250천원 범위 내 지원하고 의료비지원 내역은 선천성기능저하증 치료에 소요되는 진료비 약제비 및 검사비에 한하며 여타 질병에 대한 의료비는 지원하지 않으므로 의료비 영수증 내역을 확인하시기 바랍니다. 아울러 선천성갑상선 기능저하증은 특수조제분유를 지원하지 않음에 유의바랍니다.

질의 17 **선천성 갑상선기능저하증 의료비 한도(25만원) 적용기준은 어떻게 되나요?**

☞ '18년 중 갱신되어 '19년까지 이어지는 경우(예. '18년 3월 1일 재신청하여 '19년 2월 28일까지 지원기간이라면 '19년 3월 1일부터 25만원 적용 '19년 신규등록은 모두 25만원입니다.

질의 18 **선천성 갑상선기능저하증 환아 의료비 지원은 1차 검사결과 유소견자로 발견 후 2차 검사에서 진단받고 등록한 경우 지원하는 것으로 알고 있습니다. 그런데 3세에 선천성 갑상선기능 저하증 진단을 받고 지원신청을 하였습니다. 지원할 수 없나요?**

☞ 선별검사의 목적은 연간 출생신생아 전원을 간단한 검사방법으로 대사이상 여부를 판별하고 이상이 있는 경우 즉각적인 확인 및 치료조치를 위한 것입니다. 선별검사에서 유소견으로 나오지 않았다고 해서"대사이상 질환이 없다"라고 결론을 내리는 것은 아닙니다. 아울러 검사진행과정 중 다양한 요인으로 인하여 위음성(사실과 다르게 소견이 없는 것으로 결과가 나오는 경우)이 나올 수도 있습니다. 또한 선천성대사이상 환아에 대한 특수조제분유 등의 지원목적은 단백질 섭취제한 등 식이를 통해서 장애와 사망을 예방하기 위함이고 특수식이의 특성을 감안하여 정부가 지원하고 있습니다. 따라서 선천성대사이상 진단을 받고 지원신청을 한 경우 지원하는 것이 사업목적에 적합합니다. 다만, 정밀검사비용 지원요구에 대하여는 자치단체의 여건 따라 지원여부를 결정 하실 수 있습니다.

※ 단, 갑상선기능저하증은 후천적으로 다양한 요인에 의하여 발병할 수 있으므로 반드시 선천성 갑상선기능저하증인지 확인하시기 바랍니다.

질의 19 **난청 선별검사에서 refer가 나와 확진검사를 하려했으나 중이염이 있어 출생 후 3개월이 지난 때에 검사하기로 한 경우 지원가능한가요?**

☞ 지원하실 수 있습니다. 유효기간을 설정한 것은 선천성 난청을 조기에 발견하여 생후 6개월 이내 재활치료를 시작하여 효과적인 결과로 연결하기 위한 것입니다. 또한 검사쿠폰의 중환자실입원 경력이 있는 경우 1개월 이후도 검사가 가능하도록 하였으므로 의료기관에서 정확한 검진을 위하여 지연되는 경우이므로 지원할 수 있습니다.

질의 20 **난청선별 검사 지원이 가능한 검사기간은 언제까지인가요?**

☞ 검사비 지원 조건은 건강보험이 적용된 검사비입니다. 보편적으로 신생아 기간(출생 후28일이내)만 건강보험이 적용되며, 예외적으로 미숙아 등 고위험 신생아 등 특별한 사유가 있는 경우 예외적으로 28일을 초과하여 건강보험이 적용되는데 이 경우도 6개월이내 건강보험이 적용된 경우 지원이 가능합니다

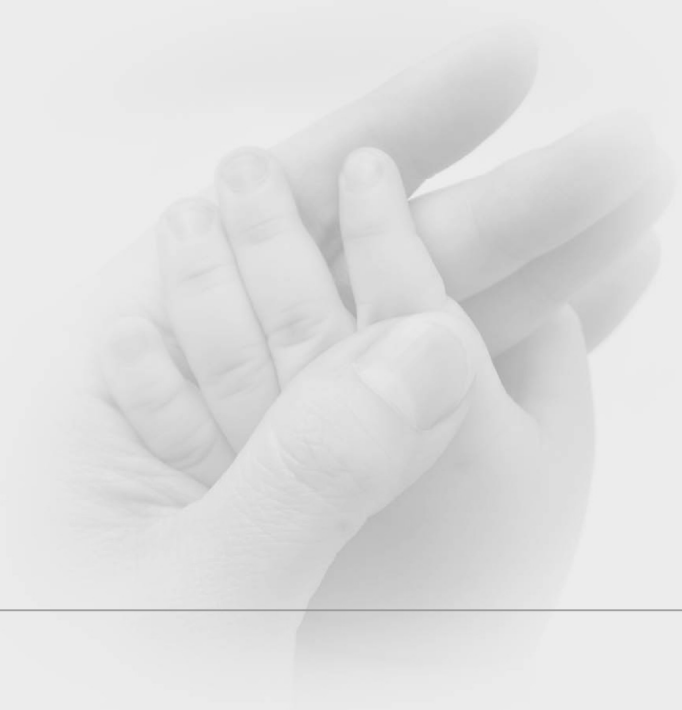
질의 21 **자치단체의 재량으로 지원 등을 결정할 수 있는 경우가 있을까요?**

☞ 미숙아 등 의료비지원 대상을 선정하는 때 예산의 범위 내에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(보건소장)이 추가지원이 필요하다고 인정한 경우, 신청기간을 경과하여 접수된 경우 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정하는 경우 지원가능 등의 사례가 있습니다. 정부에서 사업을 계획하고 예산을 확보하고 사업의 기본방향을 수립한 반면 지자체는 구체적이고 실질적인 사업을 수행하고 있습니다. 나아가 자치단체예산이 70%~50%까지 투입되므로 지원대상자 결정 등 상당한 부분에 걸쳐 지방자치단체의 재량권을 가질 수 있습니다.자치단체별 사업환경이 다르고 특성도 다양하므로 중앙정부에서 세부적인 기준을 모두 결정하고 집행하도록 강제하기 어려우며 지방자치단체 분권제도와도 부합하지 않습니다.

따라서 영유아 사전예방적 건강관리사업의 3꼭지 세부사업은 사업지침에 수록된 사업추진 가이드라인을 바탕으로 사업목적에 적합하고 예산 및 자치단체의 여건에 부합하는 범위내에서 지원사업을 재량으로 결정 추진하실 수 있습니다.

Ⅵ 고위험 임산부 의료비 지원사업

1. 사업개요
2. 지원대상 및 선정기준
3. 지원내용
4. 지원절차
5. 사업관리



Ⅵ. 고위험 임산부 의료비 지원사업

1 사업개요

가. 사업목적

- 고위험 임신의 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하여 경제적 부담 경감을 통한 건강한 출산과 모자건강을 보장

나. 추진경과

- 「고위험 임산부 의료비 지원사업」 국정과제(62-2)로 확정('13.5월)
- '15년 사업추진 계획수립('15.3월), 사업지침 마련 및 지자체 통보('15.6월)
- '15.7월부터 전국 사업 시행(조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증)
- '18년 지원대상 질환 확대(양막의 조기파열, 태반조기박리)
- '19년 지원대상 질환 확대(전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만 전 출혈, 자궁경부무력증)

다. 사업근거

모자보건법

제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.

제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.

② 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다.

1. 진찰 2. 약제나 치료재료의 지급 3. 처치, 수술, 그 밖의 치료 4. 의료시설에의 수용 5. 간호 6. 이송

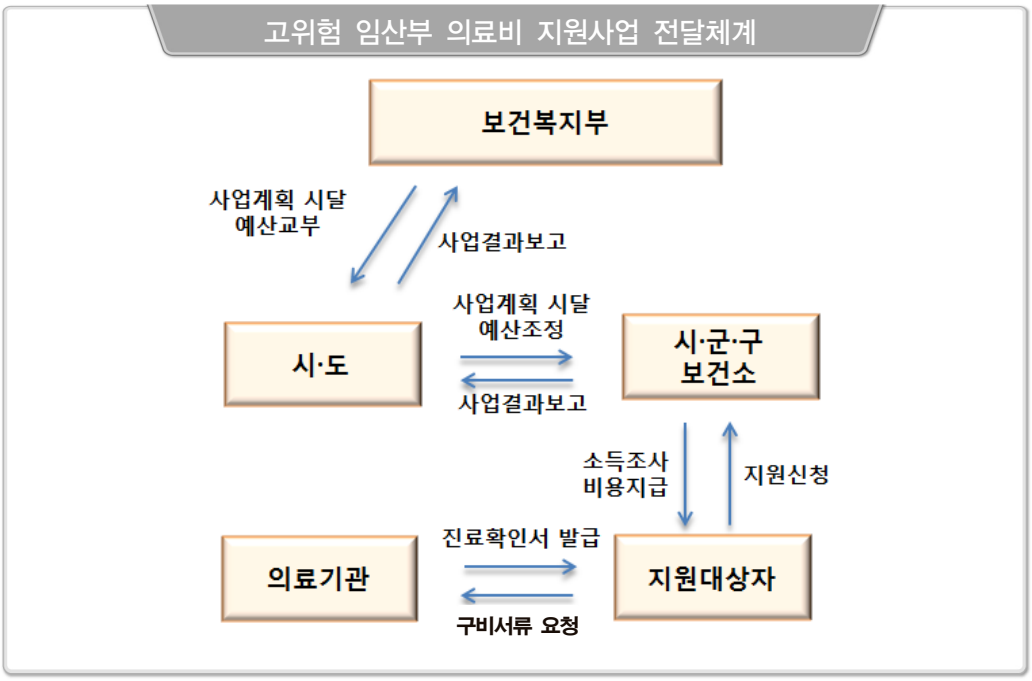
제10조의2(고위험 임산부와 신생아 집중치료 시설 등의 지원) 국가와 지방자치단체는 고위험 임산부와 미숙아등의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 의료를 적절하게 제공할 수 있는 고위험 임산부와 신생아 집중치료 시설 및 장비 등을 지원할 수 있다.

라. 지원원칙

- 고위험 임산부의 적정 치료·관리에 따른 경제적 부담을 덜어줄 수 있도록 예산지원의 우선순위가 높은 11대 고위험 임신질환* 중심으로 지원
  - 일반적인 임신 출산에 비해 추가로 소요되는 비급여 진료비 위주로 지원

* 11대 고위험 임신질환 : 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증

마. 사업추진 체계도



바. 기관별 담당업무

1) 보건복지부

- 고위험 임산부 의료비 지원사업 계획 수립 및 평가
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 사업지침 마련·배포
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 정보시스템(이하 “정보시스템”) 운영

2) 시·도

- 고위험 임산부 의료비 지원사업 지도·감독
- 보조금 예산 확보 및 시·군·구 예산집행상황 점검·조정
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 관련 통계 관리
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 홍보

3) 시·군·구(보건소)

- 고위험 임산부 의료비 지원사업 대상자 선정·등록·지원·관리
- 보조금 예산 확보, 예산 집행, 향후 소요액 파악 및 조정
- 사업수행 성과관리를 위한 정보시스템 입력 및 관리
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 홍보
  ※ 산부인과·소아과 의료기관, 조산원, 산후조리원 등 출산·분만관련 인프라 활용

4) 의료기관

- 고위험 임산부 의료비 지원사업 신청을 위한 보건소 제출서식(신청서 등) 비치
- 고위험 임산부 의료비 지원사업 신청서 작성 지원
  - 질병명·질병코드·최초진단일·분만예정일·분만일
- 신청 관련 구비서류(의사진단서, 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 출생증명서 또는 사산증명서 등) 발급 지원
- 가임기 여성 및 임산부 등 의료기관 이용자 중심으로 지역주민 대상 고위험 임산부 의료비 지원사업 안내·홍보 지원

2 지원대상 및 선정기준

가. 지원대상

- (소득기준) 기준중위소득 180% 이하 가구의 구성원인 임산부
- (질환기준) 11대 고위험 임신질환*으로 진단받고 입원치료 받은 임산부

  * 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증

  - 분만 결과, 자궁내 태아사망 등으로 사산한 경우도 지원대상에 포함
  - 지원제외자 : 외국 국적인 자 및 국외 이주자
    (단, 영주권 취득 및 결혼이주여성<체류자격 : F5, F6>, 난민협약에 의한 난민, 북한이탈주민, 영주귀국사할린 한인은 지원 가능)

나. 선정기준

1) 소득요건 판정기준

- 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층(본인부담경감대상, 자활, 장애인, 계층확인)
- 건강보험료 본인부담금 고지금액 기준으로 가구원수별 기준중위소득 180% 이하인 가구

【2019년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,232,000	169,191	174,163	171,897
3인	6,768,000	222,133	239,780	226,441
4인	8,304,000	272,807	297,628	283,533
5인	9,841,000	326,151	355,813	348,036
6인	11,377,000	378,988	413,866	410,509
7인	12,913,000	442,043	483,381	487,738
8인	14,450,000	487,738	531,741	563,593

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

● 보험료 산정방법

- 보험료 산정시점 : 신청일자 기준으로 전월 건강보험료 고지금액 활용
- 보험료 산정방식

· 일반적인 경우

- 부부 중 한명이 건강보험 가입자이고, 배우자는 그 피부양자로 등재 : 가입자의 보험료 적용
- 부부가 별도의 건강보험증상 각각 가입자로 등재 : 부부 보험료 합산*

* 맞벌이부부는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 합산

- 부부 중 1인은 건강보험증상 가입자(A)로 등재되고, 1인은 배우자가 아닌 다른 가입자(B)의 피부양자로 등재 : A 보험료와 B 보험료 합산
- 부부가 건강보험증상 다른 가입자의 피부양자로 함께 등재
  : 부부가 피부양자로 함께 등재되어 고지되고 있는 가입자의 보험료 적용
- 부부가 건강보험증상 서로 다른 타인의 피부양자로 각각 등재
  : 부부가 각각 피부양자로 등재되어 고지되고 있는 가입자의 보험료 합산

· 휴직의 경우

- 신청일 기준으로 휴직한 경우에는 '휴직증명서'를 제출하도록 하고, 아래 휴직기간 및 급여여부별 판단기준에 따라 적격여부 판정

휴직기간	추가제출서류	급여여부	판단기준
1개월 미만	–	–	전월 건강보험료
1개월 이상	휴직증명서	무급	소득 없음 판정
		유급	전월 급여액 × 건강보험료 본인부담률(3.23%)

※ 휴직증명서는 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능

※ 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위 내에서 분할 납부하므로 복직 후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률을 적용하여 지원자격 여부 판정할 것 (휴직기간 중 건강보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

· 기타

- 직장가입자의 경우 연말 정산 등으로 보험료 조정분이 고지된 경우에는 "급여명세서 상의 전월 급여액×건강보험료 본인부담률('19년 3.23%)"로 판단

- 임의계속가입자의 경우 직장가입자로 보아야 함(국민건강보험법 제110조 제1항)
- 건강보험 자격이 상실된 경우에는 자격 회복 후, 건강보험 급여가 정지된 경우에는 급여정지 해제 후에 고지되는 보험료 금액 기준으로 대상자 선정
- 부부 중 한명이 국가유공자로서 국민기초생활보장법의 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입의무자가 아닌 경우, 신청일 기준 전월 보수월액에 건강보험료 본인부담률을 적용하여 보험료 합산

◈ 참고사항

[보수월액]

근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당

* 보수월액에 미포함 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직 수당, 보훈급여 수당(국가유공자) 등 소득세법에 따른 비과세 근로소득(소득세법 제12조 참조)

● 가구원수 산정방법

- 가구원수 산정시점 : 분만일자 기준으로 산정(해당 출생아 및 사산아 포함)
- 가구원수 산정범위

- 임산부 부부와 그 자녀는 주민등록을 달리하더라도 가구원수에 포함
  · 재혼가정의 경우 임산부 부부와 주민등록을 같이 하는 이전 혼인의 자녀만을 포함
- 임산부 부부와 주민등록을 같이 하는 직계존비속만을 가구원수에 합산
  · 별도의 건강보험 가입자인 직계존비속은 주민등록상 주소지가 임산부 부부와 동일하더라도 "가구원수 및 건강보험료"를 합산하지 않음(직계존비속 부부 중 1인은 가입자이고 1인은 배우자의 피부양자인 경우 모두 가구원수에서 제외)
- 임산부 부부의 주민등록상 주소지가 서로 다른 경우, 부부 각각의 주민등록상 주소지가 같은 직계존비속 중 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하고 있지 않은 자는 가구원수에 포함
- 사실혼의 경우도 법적 혼인과 동일하게 적용

● 자격 관련 정보 조회 및 확인

- 지원신청 시 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우, 주민등록등본 · 건강보험료 고지금액 등 신청자 자격 검토·확인을 위한 관련 개인정보 열람사실 확인은 행정정보망 증적자료를 활용할 수 있음

2) 질환별 세부지원기준

(각 질환별 지원대상 질병코드로 시작되는 하위코드 모두 포함하여 지원)

조기진통

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상, 34주 미만)
- 지원기준 : 조기진통으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O60(조기진통 및 분만)

* 임신주수 20주 미만의 태아출산은 유산으로 간주하며, 34주 이후 출생아는 생존 가능성이 높아 집중치료 필요성이 현저히 낮음(대한주산의학회)

분만관련 출혈

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 분만관련 출혈로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O67(달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만)
  - O72(분만후 출혈)

중증 임신중독증

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 중증 전자간증 또는 자간증으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O11(만성 고혈압에 겹친 전자간)
  - O14(전자간)
  - O15(자간)

양막의 조기파열

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 양막의 조기파열로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

- O42(양막의 조기파열)

태반조기박리

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 태반조기박리로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

- O45(태반의 조기분리[태반조기박리])

전치태반*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 전치태반으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

- O44(전치태반)
- O69.4(전치맥관이 합병된 진통 및 분만/전치맥관으로부터의 출혈)

절박유산*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 절박유산으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

- O20.0(절박유산/절박유산에 의한 것으로 명시된 출혈)

양수과다증*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 양수과다증으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O40(양수과다증)

양수과소증*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원기준 : 양수과소증으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O41.0(양수과소증)

분만전 출혈*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원기준 : 분만전 출혈로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O46(분만전 출혈)

자궁경부무력증*

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원기준 : 자궁경부무력증으로 입원치료 받은 임산부
- 지원대상 질병코드

  - O34.3(자궁경관부전에 대한 산모관리)

* 적용시점 : 지원신청기한(분만일로부터 6개월 이내)이 남아있는 임산부. 다만, 예외적으로 '18.7~8월 분만한 임산부의 경우 '19.2.28.까지 신청 가능

3 지원내용

가. 지원범위

- 11대 고위험 임신 질환의 입원치료에 있어, 가계부담이 큰 전액본인부담금 및 비급여 진료비 지원

<table>
<tr><th colspan="3">급 여</th><th colspan="2">비 급 여</th></tr>
<tr><td colspan="2">일부 본인부담</td><td rowspan="2">전액
본인부담금</td><td rowspan="2">비급여(진찰료, 처치·수술료 등) 진료비</td></tr>
<tr><td>법정본인부담금</td><td>공단부담금</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">지 원</td></tr>
</table>

* 지원 대상에서 제외된 기타 고위험 임산부와의 형평성을 고려하여, 법정본인부담금은 지원 제외

- 비급여 진료비
  - (지원예시) 진찰료, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 전혈 및 혈액성분제제료 등
  - (제외항목)
    - 상급병실입원료 차액, 식대(환자특식)
    - 한방 치료 관련 비급여 진료비
    - 고위험 임신질환 치료와 관련 없는 비급여 진료비
    - 보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비
    - 간이 영수증(수기용)으로 발급받은 진료비
    - 요양기관에서 환자부담금 납부를 면제 또는 감면한 경우의 진료비
    - 후원단체에서 대납한 진료비
    - 외국 의료기관에서 발생한 진료비

- **지원대상 금액**
  - 계산서·영수증 서식 상, 질환별 지원기간 내에 입원치료로 발생한 진료비 합계 항목의 "③ 전액본인부담", "④ 비급여 선택진료료", "⑤ 비급여 선택진료료 외(단, 지원제외 항목 공제 후 금액 재산정 필요)"란의 금액을 합한 금액

* 참고서식 : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] 입원 진료비 계산서·영수증

나. 지원금액 산출방법

- 고위험 임산부 입원치료비의 급여 중 전액본인부담금 및 비급여 진료비(상급병실료 차액, 환자특식 제외)에 해당하는 금액의 90%* 지원 (10%는 개인부담 적용**)

  * 단, 국민기초생활보장법 제6조 및 제12조의3에 따른 의료급여수급자는 100% 지원
    (임산부 부부 중 한명이 국민기초생활보장법 상 의료급여수급자인 경우 의료급여수급자로 인정)
  ** 고위험 임산부의 법정본인부담금 본인부담률(10%)과 같은 수준

- (지원한도) 1인당 300만원까지 지원
  - 2개 이상의 고위험 임산부 진단기준을 동시에 충족하더라도 1인당 지원한도는 300만원으로 동일하게 적용

예시 의료급여수급자가 아닌 조기진통 고위험 임산부의 진료내역서 상 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액(지원제외 항목 공제)이 1,669,740원인 경우

⇒ 1,669,740원에 대해 지원율 90%(개인부담률 10%)를 적용하여 지원금액 1,502,766원 산출(개인부담 166,974원), 원단위 절사하여 최종지원금액 1,502,760원 결정

【고위험 임산부 의료비 지원대상 질환별 지원기준】

구분	조기진통	분만 관련 출혈	중증 임신 중독증	양막의 조기 파열	태반 조기 박리	전치 태반	절박 유산	양수 과다증	양수 과소증	분만전 출혈	자궁경부 무력증
지원 기간	• 질병 관련 입원 치료 기간 (임신주수 20주 이상, 34주 미만)	• 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)								• 질병 관련 입원 치료 기간	
질병 코드 (하위 코드 포함)	• O60	• O67 • O72	• O11 • O14 • O15	• O42	• O45	• O44 • O69.4	• O20.0	• O40	• O41.0	• O46	• O34.3
지원 항목	• 전액본인부담금 및 비급여 진료비 - 진찰료, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 전혈 및 혈액성분제제료 등										
지원 내용	• 고위험 임산부 입원치료비의 급여 중 전액본인부담금 및 비급여 진료비(상급병실료 차액, 환자특식 제외)에 해당하는 금액의 90%* 지원(1인당 300만원 한도) * 단, 국민기초생활보장법 제6조 및 제12조의3에 따른 의료급여수급자는 100% 지원										

4 지원절차

가. 지원신청

● 지원신청 가능한 자

1) 고위험 임산부 의료비 지원대상자의 진단·소득·분만일자 기준에 적합한 임산부 본인

2) 임산부 본인이 신청하기 곤란한 경우에 한해 배우자 또는 직계 존비속의 대리 신청 가능*

* 세대 분리 등 주민등록등본으로 가족관계 입증이 곤란할 경우에 한해, 가족관계 증명서 제출 필요

3) 1) 및 2)가 모두 곤란한 경우, 보건소는 환자 본인의 승낙을 받아 방문간호사, 지인 등으로부터 대리 신청을 받을 수 있음

* 2) 및 3)의 경우(지원대상자 본인 외 대리신청 시), 의료비 지원금은 반드시 지원대상자 명의 통장으로 지급되어야 함

● 구비서류

구 분	구비 서류
신청자 제출 (공통)	■ 지원 신청서 1부 ■ 의사진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함, 사본 가능) - '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능 ■ 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부(사본 가능) - 입원횟수별로 별도 제출. 단, 의사진단서 상에 각각의 입퇴원진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능 ■ 주민등록등본 1부* ■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부* - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능 ■ 의료비 지원금 입금계좌 통장사본 1부(지원대상자 명의) ■ 개인정보 제공 동의서 1부 ■ 신청인 신분증(본인 확인용) * 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능
해당자 제출 (추가)	■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부 ■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능) ■ (대리신청) 위임장 및 대리신청인 신분증 사본 각 1부 ■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출) - 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능

- 입퇴원진료확인서는 지원대상 질환명이 주상병으로 기재된 경우에 인정(입퇴원진료확인서 상 질환명을 확인할 수 없으나 의사진단서 등 다른 구비서류로 해당 입원기간에 대한 질환명 확인이 가능한 경우 예외적으로 인정)
- 지원대상 질환명이 주상병이 아닌 부상병으로 기재된 경우, '진료비 세부내역서'로 고위험 임신질환 관련 내역 확인하여 지원 가능. 다만, 상병별로 진료내역이 명확히 구분되지 않는 경우에는 전체 지원대상 금액에서 고위험 임신질환과 관련 없는 진료 내역으로 구분할 수 있는 항목을 제외하여 지원

● 신청 기간 : 분만일로부터 6개월 이내

- 예외적으로 '18.7~8월 분만한 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증 지원대상 임산부의 경우 '19.2.28.까지 신청 가능
- 분만일로부터 6개월 되는 날이 토·일요일·공휴일인 경우에는 익일까지 인정
- 해당 신청기간을 경과한 경우에는 의료비 지원신청 의사가 없는 것으로 간주
- 지원 결정 이후 당해 출산 관련 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시 추가 신청 가능하나, 출산 이후 1회에 한해 지원하는 것이 원칙이므로 누락하지 않고 신청하도록 안내 필요

● 신청 기관 : 신청일 기준, 임산부의 주민등록 주소지 관할 보건소

나. 지급절차 및 지급기간

● 지급절차

- 지급결정금은 지원신청자에게 직접 안내하거나 [서식 4호]를 활용해 우편 또는 이메일 등으로 통보하고, 지원대상자 은행계좌로 입금 조치
- 지원신청자가 개인 파산·압류 등으로 불가피하게 지급계좌를 제3자로 변경하여야 하는 경우,

• 반드시 지원신청자로부터 관련 증빙서류(예금압류통지서, 파산신고 결정문, 법원판결문 등)를 제출받고 지원신청자에게 지급계좌 변경 동의를 확인한 경우에만 변경 처리 가능

● 지급기간

- 지원신청을 받은 날로부터 한 달 이내에 지급

※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화

- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능[1)]

● 본인부담금 지급보증제 이용 절차

본인부담금 지급보증제란, 고위험 임산부 가정에서 본인부담금에 대한 의료비 완납이 불가한 경우, 임산부 가정의 본인부담금 중 지원가능액 한도 내에서 의료기관이 직접 보건소로 신청하고 나머지 차액은 임산부 가정이 부담하는 제도

- 지원대상자 또는 배우자 등 대리인은 의료비 신청서 등 구비서류를 보건소에 제출

※ 진료비영수증 대신 퇴원전 진료비계산서를 제출하고, 의료비 신청서 상 '입금은행 및 계좌번호'란에 '병원으로 직접 지급 요청'으로 기재

- 보건소는 해당 임산부가 의료비 지원대상자임을 의료기관에 통보하고 의료비 지원금 지급을 보증
- 의료기관은 공문으로 환자의 진료비 중 의료비 지원금을 보건소에 청구하고 나머지 금액은 임산부 가정에 청구

※ 청구 시 공문과 함께 퇴원전 진료비계산서, 입금통장사본을 별도 첨부

- 보건소는 제출 서류를 근거로 의료비 지원금을 의료기관으로 직접 지급
- 유의사항
  - 의료기관에 의료비를 지불한 후 신청하는 경우에는 지원금액을 신청자에게 지급
  - 보건소에서는 관내 의료기관에 협조를 요청하여 지급보증제가 차질 없이 실시되도록 준비

1) 지원신청 의료비의 차기연도 이월 지급을 최소화하기 위해 각 시·도에서는 시·군·구별 예산집행현황을 수시로 파악하여 정산잔액 발생이 예상되는 곳과 부족액 발생이 예상되는 곳의 배정 내역을 변경하고, 국고보조금 추가 교부가 필요한 시·도(시·군·구)는 지방비 추가 확보를 위해 최대한 노력하여야 함

다. 후원금 등의 공제 및 환수

- 타 법률·제도에 의하여 지원받은 의료비, 각종 후원단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우, 임산부가 실제 납부한 총 진료비 중 급여의 본인부담금 부분을 우선 공제한 후 급여의 전액본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원
  ※ 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우 1인당 지원한도는 300만원에서 후원금 등을 제외한 금액임

예시 조기진통 고위험 임산부의 진료내역서 상

급여의 본인부담금=330,260원, 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액=1,669,740원, 임산부 납부 총액(급여의 본인부담금+전액본인부담금+비급여 진료비)=2,000,000원이고 후원단체에서 납부 총액의 일부인 500,000원을 후원받은 경우,

⇒ 후원금에서 급여의 본인부담금(330,260원) 부분을 우선 공제한 후, 후원금 잔액 169,740원을 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액에서 추가 공제하여 지원대상 금액 1,500,000원 산출, 지원율 90% 적용하여 최종지원금 1,350,000원 결정
(고위험 임신과 관련하여 50만원을 후원받았으므로 본 사업의 지원한도는 300만원에서 후원금을 제외한 금액인 250만원임)

- 과지급된 금액 또는 고위험 임신 관련 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등이 있어 1인당 지원한도를 초과하는 경우는 환수 사유에 해당
  ※ 지원결정금 통보 시, 환수 사유가 발생할 경우 반드시 해당 보건소에 관련 내용을 신고하도록 안내하고 후원받은 금액이 추가로 발생·확인되는 경우 기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을 고지하도록 함
  - 지원대상자에게 환수 사유를 설명하고, 환급결정액은 [서식 5호]를 활용하여 우편 또는 이메일로 통보
  - 보건소 계좌로 반환 후, 고위험 임산부 의료비 지원 정보시스템에 환급 등록 처리

- 인구보건복지협회 고위험 임산부 의료비 지원사업 안내·연계
  - 보건복지부의 고위험 임산부 의료비 지원사업 수혜자도 신청 가능
  - 지원대상으로 선정 시 본 사업 지원금액을 제외한 차액 지원
  - 문의 : 1644-3590(https://blog.naver.com/help-moms)

5 사업관리

가. 정보시스템 입력 및 사업실적 보고

- 지원신청자가 지원대상자로 결정된 경우, '고위험 임산부 의료비 지원신청서' 등의 주요 정보는 지역보건의료정보시스템에 지원결정 통보 전까지 입력 완료되어야 함

- 월별·분기별 사업실적 보고는 정보시스템 입력내역을 활용해 지급결정 통보일 기준으로 해당월 말일자로 산출함
  - 긴급히 사업실적이 필요한 경우에는 별도 서식[서식 6호]에 의거 제출 요청

- 2019년 예산은 분기별로 교부하고, 3분기 이후 지자체별 예산집행현황을 파악해 추경예산 편성이 가능하도록 지자체 예산교부액을 변경내시할 예정
  - 지역보건의료정보시스템으로 입력된 값을 바탕으로 매월말 기준 예산집행 현황보고서(예산총액, 국비집행액, 지방비집행액)을 통해 예산집행률을 파악할 예정
  - 긴급히 예산집행 현황자료가 필요한 경우에는 별도 서식[서식 7호]에 의거 제출 요청

- 2019년 사업실적에 대한 정보시스템 입력은 2020년 1월 10일까지 완료하여야 함

나. 예산집행 결과보고 및 정산

- 시·도(시·군·구)는 회계연도 종료 시 보조금의 예산 및 관리에 관한 법률에 따라 예산집행 결과 및 정산내역을 2020년 1월 31일까지 보건복지부에 보고하여야 함

[서식 1호] 고위험 임산부 의료비 지원 신청서

고위험 임산부 의료비 지원 신청서

지원 대상자	성 명			주민등록번호	–
	연락처	(주 소) (핸드폰)		(자택전화) (전자메일)	
	질병명	□ 조기진통 □ 절박유산 □ 분만관련 출혈 □ 양수과다증 □ 중증 임신중독증 □ 양수과소증 □ 양막의 조기파열 □ 분만전 출혈 □ 태반조기박리 □ 자궁경부무력증 □ 전치태반	최초진단일	년 월 일	
			분만예정일	년 월 일	
	질병코드		분만일	년 월 일	
	지급계좌번호		은행명/예금주		
	의료보장	□ 의료급여수급자(□1종/ □2종/ □특례) □ 의료급여 외 기초생활보장수급자(생계/주거/교육) 및 차상위계층(본인부담경감대상/자활/장애인/계층확인) □ 건강보험가입자(□직장/ □지역/ □혼합(직장+지역))			
	가구원수 및 건강보험료	가구원수	명	건강보험료 고지액(합산액)	원
신청인	성명			관계	
	연락처	(자택전화)		(핸드폰)	
국가지원 수혜현황	난임부부 지원사업	□ 없음	□ 있음 (시술기관명 :)		
후원여부	인구보건복지협회	□ 없음 □ 있음(내용 : , 금액 : 원)			
	개인·단체 후원	□ 없음 □ 있음(내용 : , 금액 : 원)			
	기타	□ 없음 □ 있음(내용 : , 금액 : 원)			

입원진료비 지원신청내역	지원신청대상 의료비 (=C+D+E)	입원진료비				
		급여진료비			비급여진료비	
		A	B	C	D	E
		본인부담금	공단부담금	전액본인부담금	선택진료료	선택진료료 외 * 단, 지원제외 항목 공제 후 금액 재산정
	원	원	원	원	원	원

유의사항	- 허위내용 기재 시, 지원대상에서 제외하고 지급한 의료비를 환수 조치함 - 의료비 지급 후 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우, 반드시 관할 보건소에 관련 내용을 신고하여야 하고 지급한 의료비를 환수 조치함			
	유의사항 확인여부	□ 예 □ 아니오	환수 등 사후조치에 대한 사전동의	(서명)

아래의 관련서류를 첨부하여 위와 같이 고위험 임산부 의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

보건소장 귀하

첨부서류 : (공통)
- ■ 의사진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함, 사본 가능)
- ■ 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부(사본 가능)
- ■ 주민등록등본 1부
- ■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
- ■ 의료비 지원금 입금계좌 통장사본 1부(지원대상자 명의)
- ■ 개인정보 제공 동의서 1부
- ■ 신청인 신분증(본인 확인용)

* 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식]〈개정 2018. 6. 29.〉

[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자 성명	진료기간	야간(공휴일)진료
		. . .부터 . . .까지	[ ] 야간 [ ] 공휴일

진료과목	질병군(DRG)번호	병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)

항목			급여			비급여		금액산정내용		
			일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료료	선택 진료료 외			
			본인부담금	공단부담금				⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		
기본항목	진 찰 료							⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤		
	입 원 료									
	식대							⑨ 이미 납부한 금액		
	투약 및 조제료	행위료								
		약품비						⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)		
	주사료	행위료								
		약품비						⑪ 납부한 금액	카드	
	마취료								현금영수증	
	처치 및 수술료								현금	
	검사료								합계	
	영상진단료							납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)		
	방사선치료료							현금영수증( )		
	치료재료대							신분확인번호		
	재활 및 물리치료료							현금영수증 승인번호		
	정신요법료							* 요양기관 임의활용공간		
	전혈 및 혈액성분제제료									
선택항목	CT 진단료									
	MRI 진단료									
	PET 진단료									
	초음파 진단료									
	보철 · 교정료									
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여										
65세 이상 등 정액										
정액수가(요양병원)										
정액수가(완화의료)										
질병군 포괄수가										
합계			①	②	③	④	⑤			
상한액 초과금			⑥	-				선택진료 신청	[ ] 유	[ ] 무

요양기관 종류	[ ] 의원급 · 보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원				
사업자등록번호		상호		전화번호	
사업장 소재지		대표자	[인]		

년 월 일

항목별 설명	일반사항 안내
1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다. - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원~2500원, 0%~15%) 등 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등 ※ 식대: 50%(의료급여는 20%) CT · MRI · PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률 ※ 상급종합병원의 4인실 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 종합병원 입원료: 2인실 40%, 3인실 30% 2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다. 3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다. ※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다. 4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정한 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목란에 합산하여 표기됩니다.	1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있음 3. 계산서 · 영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

[서식 2호] 고위험 임산부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험 임산부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험 임산부 의료비 지원사업과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시· 도사업과 포함), 사회보장정보원, 인구보건복지협회
고위험 임산부 의료비 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관

❒ 개인정보(DB) 수집의 목적
○ 고위험 임산부 의료비 지원사업 지원대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 의료비 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
○ 고위험 임산부 의료비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 고위험 임산부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보 수집 항목
○ 고위험 임산부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원 치료횟수 등

❒ 개인정보 보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 동의 내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가구원수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 고위험 임산부 의료비 지원사업 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 고위험 임산부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	행정정보공동이용 조회
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "고위험 임산부 의료비 지원사업 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	관 계※	동의 확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※ 관계표시 방법 : 본인(고위험 임산부로 진단받은 임산부), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모
※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다

[서식 3호]

위 임 장

위임인(위임하는 사람)

성 명 :
생 년 월 일 :
주 소 :
전 화 번 호 :

대리인(위임받는 사람)

성 명 :
생 년 월 일 :
주 소 :
전 화 번 호 :
위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 고위험 임산부 의료비 지원사업 신청 관련 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※「주민등록법」 제37조 제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정하게 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20 년 월 일

위 임 인 : (서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 4호] 고위험 임산부 의료비 지원사업 지원결정 통보서

고위험 임산부 의료비 지원결정 통보서

지원 대상자	성 명		주민등록번호	-
	연락처	(주소) (전자메일)	(자택전화) (휴대폰)	
	지급계좌번호		은행명/예금주	

입원진료비 지원신청 내역	지원신청 의료비 (C+D+E)	급여진료비		비급여진료비		
		A	B	C	D	E
		본인부담금	공단부담금	전액본인부담	선택진료료	선택진료료 외 * 단, 지원제외 항목 공제 후 금액 재산정
	원	원	원	원	원	원
지원제외 금액	원	지원대상 금액	원	의료비 지원결정액	원	

유의사항	- 의료비 지급 후 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우, 반드시 관할 보건소에 관련 내용을 신고하여야 하고 지급한 의료비를 환수 조치함

위와 같이 고위험 임산부 의료비 지원금 지원결정을 통보합니다.

20 년 월 일

보건소장

[서식 5호] 고위험 임산부 의료비 지원사업 환급결정 통보서

<table>
<tr><th colspan="8">고위험 임산부 의료비지원 환급결정 통보서</th></tr>
<tr><td rowspan="3">환급
대상자</td><td>성 명</td><td colspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td colspan="3">-</td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="6">(주소)
(전자메일)
(자택전화)
(휴대폰)</td></tr>
<tr><td>보건소
환급계좌</td><td colspan="2"></td><td>은행명/예금주</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">입원진료비
지원신청
내역</td><td rowspan="2">지원신청
의료비
(C+D+E)</td><td colspan="3">급여진료비</td><td colspan="3">비급여진료비</td></tr>
<tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td colspan="2">E</td></tr>
<tr><td>본인부담금</td><td>공단부담금</td><td>전액본인부담</td><td>선택진료료</td><td colspan="2">선택진료료 외
* 단, 지원제외 항목 공제 후 금액 재산정</td></tr>
<tr><td>원</td><td>원</td><td>원</td><td>원</td><td>원</td><td colspan="2">원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">환급사유</td><td colspan="3" rowspan="2">☐ 인구보건복지협회 지원금
☐ 개인 또는 단체 후원금
☐ 기타( )</td><td>의료비지원
기결정액
(a)</td><td colspan="3">원</td></tr>
<tr><td>의료비지원
재결정액
(b)</td><td colspan="3">원</td></tr>
<tr><td>지원제외
금액</td><td>원</td><td>지원대상
금액</td><td>원</td><td>의료비
환급결정액
(a-b)</td><td colspan="3">원</td></tr>
<tr><td colspan="8">위와 같이 고위험 임산부 의료비 지원금 환급결정을 통보합니다.

20 년 월 일

보건소장</td></tr>
</table>

[서식 6호] 고위험 임산부 의료비 지원사업 실적보고서

1. 사업실적 산출형태(시·도/시·군·구별, 보건소별, 일자별)

구 분		수혜자 현황							입원 치료 평균 횟수	입원진료비 발생현황			입원진료비 지원액 현황		
		총계	소득구간별 (기준중위소득)												
			의료급여 수급자	국기초 및 차상위	60% 이하	60% 초과 ~ 100% 이하	100% 초과 ~ 150% 이하	150% 초과 ~180% 이하		평균	최대	최소	평균	최대	최소
총 계															
조기진통 (O60)															
분만관련 출혈 (O67, O72)															
세분류코드	O67														
	O72														
중증 임신중독증 (O11, O14, O15)															
세분류코드	O11														
	O14														
	O15														
양막의 조기파열 (O42)															
태반조기박리 (O45)															
전치태반 (O44, O69.4)															
세분류코드	O44														
	O69.4														
절박유산 (O20.0)															
양수과다증 (O40)															
양수과소증 (O41.0)															
분만전 출혈 (O46)															
자궁경부무력증 (O34.3)															

[서식 7호] 고위험 임산부 의료비 지원사업 예산 집행 현황보고서

1. 예산 집행 현황 산출형태(시·도/시·군·구별, 보건소별, 일자별)

구 분		지원사업 예산 집행 현황				
		예산액		집행액		집행률 〈(c+d)/(a+b)〉
		국비 교부액 〈a〉	지방비 교부액 〈b〉	국비 집행액 〈c〉	지방비 집행액 〈d〉	
총 계						
조기진통 (O60)						
분만관련 출혈 (O67, O72)						
세분류코드	O67					
	O72					
중증 임신중독증 (O11, O14, O15)						
세분류코드	O11					
	O14					
	O15					
양막의 조기파열 (O42)						
태반조기박리 (O45)						
전치태반 (O44, O69.4)						
세분류코드	O44					
	O69.4					
절박유산 (O20.0)						
양수과다증 (O40)						
양수과소증 (O41.0)						
분만전 출혈 (O46)						
자궁경부무력증 (O34.3)						

고위험 임산부 의료비 지원사업 (Q&A)

지원대상 및 선정기준

Q 1. 주민등록상 가족구성원은 신청인 부부, 친정부모, 출생아로 총 5명이고 건강보험증상 신청인 남편은 직장가입자(부인은 피부양자), 친정부모는 국가유공자로 의료급여 수급자인 경우, 가구원수 및 건강보험료 산정방법은?

A
- 가구원수 : 3명(신청인 부부 및 출생아 포함, 타법에 의한 의료급여수급자는 가구원수에서 제외하므로 국가유공자인 친정부모는 가구원수에서 제외)
- 적용할 건강보험료 : 남편의 직장 건강보험료

Q 2. 본인, 남편, 출생아 3인 가구로 남편은 해외유학으로 건강보험 자격중지 상태이며, 부인이 직장가입자로 건강보험료 납부 중인 경우 가구원수 및 건강보험료 산정방법은?

A
- 가구원수 : 2인(해외유학으로 현재 소득수준 확인 및 건강보험 재가입 등이 곤란하므로 남편은 제외, 출생아는 포함)
- 적용할 건강보험료 : 부인의 직장 건강보험료

Q 3. 남편이 해외에서 소득활동을 하고 있는 해외파견 근로자인 경우, 가구원수 및 건강보험료 산정방법은?

A 해외파견 근로자의 경우 건강보험 자격은 급여중지 상태이나, 소득이 확인되는 경우에는 급여명세서 등 소득을 증빙할 수 있는 자료(신청일 기준 전월 자료)를 확인하고 보험료율을 적용하여 건강보험료 산정 및 가구원수에도 포함

Q 4. 외국 국적 보유 등의 사유로 신청 당시 건강보험에 가입하지 않은 가족 구성원이 있을 경우, 가구원수 및 건강보험료 산정방법은?

A 분만일 기준으로 가구원수 산정에 포함된 가족 구성원 중 신청일 기준 건강보험 미가입자는 가구원수 및 보험료 산정 대상에서 제외

Q 5. 임산부 본인이 기초생활보장수급자 또는 차상위계층인 경우에만 관련 증명서 또는 확인서를 통해 소득 기준을 충족하는 것으로 볼 수 있는지 여부?

A 임산부 본인이 기초생활보장수급자 또는 차상위계층이 아니더라도, 임산부의 배우자가 기초생활보장수급자 또는 차상위계층일 경우에도 소득 기준을 충족하는 것으로 볼 수 있음(해당 자격 관련 증명서 또는 확인서로 판단)

지원신청 및 지급 절차

Q 1. 의사진단서 상 '진단연월일' 기재가 누락된 경우 지원 가능 여부?

A 의사진단서 상 '진단연월일'이 누락되었더라도 '치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견' 등의 항목에 발병일, 진단연월일 등이 기재되어 있어 이를 통해 확인 가능하다면 지원 가능
- 확인 불가 시 진단연월일 기재한 의사진단서 재발급 필요

Q 2. 지원대상 임산부 사망 시 신청·접수 절차?

A (신청가능자) 임산부의 배우자 또는 직계 존비속
(신청절차) 사망 증빙서류 추가 제출(가족관계증명서·사망진단서 등)
위임장 및 지급계좌 변경동의 불필요
(신청기관) 임산부의 주민등록 주소지 관할 보건소
(가구원수) 사망한 임산부 포함
(지원방법) 신청인 명의 입금계좌로 지원결정금 지급

Q 3. 지원 결정 이후 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시 추가 신청 가능하게 되었는데, 2019년 이전 지원 건 중 누락이 있는 경우 지원 가능 여부?

A 2019년 이전 지원 건 중 누락이 있는 경우에도 신청기간(분만일로부터 6개월 이내) 충족 시 지원 가능

지원 항목 및 범위

Q 1. (조기진통) 임신주수가 20주 이상~34주 미만일 경우 지원되는데, 34주 미만에 자연분만 또는 제왕절개로 수술한 경우 지원 가능 여부?

A 지원 가능

Q 2. (조기진통) 조기진통으로 입·퇴원 반복 퇴원 후, 33주 4일에 다시 입원하여 조기진통과 전혀 관계없이 제왕절개로 수술하여 분만한 경우 분만 비용의 지원 가능 여부?

A 지원대상기간(임신주수 20주 이상~34주 미만) 동안 조기진통과 관련되어 발생한 입원치료비에 대해 지원 가능

- 34주 이내에 조기진통을 동반한 분만의 경우에 한해 분만 관련 의료비 지원이 가능하므로, 조기진통과 무관한 분만에 대해서는 지원 불가

Q 3. (조기진통) 조기진통 지원기간이 임신주수 20주 이상, 34주 미만으로 되어 있는데, 임신주수 18주에 조기진통으로 진단 받은 경우 지원 가능 여부?

A 지원기간(임신주수 20주 이상~34주 미만) 동안 발생한 입원치료 건이 있을 경우 최초진단 임신주수가 18주라도 지원대상에 포함됨

Q 4. (조기진통) 조기진통 지원기간(34주) 이후까지 입원치료를 받고 포괄수가제 적용 병원의 의료비 세부명세서 상에 일자별 비급여/급여 내역이 안 나올 경우 처리방법?

A 전체 입원비용을 입원일자로 나눠 평균금액 산출하여 지원일수 일할 계산

Q 5. (분만관련 출혈) A병원에서 분만관련 출혈로 진단받고, B병원으로 전원조치되어 자궁색전술을 받은 경우 의료비 지원 가능 범위?

A 임신주수 20주 이상 기준 충족 시, 분만관련 출혈로 진단받고 분만관련 출혈 치료를 위한 입원진료비가 발생한 A, B 의료기관 모두 지원 가능

Q **6. (분만관련 출혈) A병원에서 분만관련 출혈로 1팩 수혈하다가 B병원으로 전원조치되어 입원하고 7팩 수혈하였으나, 지혈되지 않아 치골결합 분리 수술(간헐적 정복금속 고정술)을 받은 경우, 해당 수술비의 지원 가능 여부?**

A 임신주수 20주 이상 기준 충족 시, 분만관련 출혈로 진단받고 입원치료 지원기간 중 분만관련 출혈 치료를 위한 수술(분만시 조직 파열)에 해당하므로 지원 가능

Q **7. A병원에 입원했거나 외래진료를 받았다가 치료가 어려워 B병원으로 전원조치된 경우 전원조치 시 이용한 구급차 사용료 및 이송처치료(의료인 동승)의 지원 가능 여부?**

A 구급차 사용료 및 이송처치료는 응급수가상 비급여로 적용되고 있고, 고위험 임신질환 치료를 위한 전원 시 이용한 것이므로 지원 가능

Q **8. 지원대상 질환코드로 진단받고 원외처방으로 약국에서 약제를 구입하여 병원 의사가 약제를 투여한 경우, 지원 가능 여부?**

A 고위험 임신질환으로 인한 처방임을 확인할 수 있는 환자보관용 처방전(질병분류기호 등 표기) 및 약국에서 구입한 약제비 영수증 등 원외처방 약제비에 대한 본인부담금 소요비용을 증명할 수 있는 서류 제출 시 지원 가능

Q **9. 지원 제외 항목에 (보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비)가 포함되어 있는데, 진료비 계산서·영수증 상 치료재료대 비급여 항목 중 어떠한 세부내역 항목의 비용을 제외?**

A 진료내역서 세부항목별 구분 없이 진료비 계산서·영수증 상 치료재료대 항목은 지원 가능

Q **10. 비급여 항목에서 보호자 식대의 지원 가능 여부?**

A 환자 보호자의 식대는 국민건강보험법 상 요양급여 및 비급여 항목에 포함되지 않으며, 고위험 임신질환 치료와도 직접적인 관련이 없으므로 지원 불가

Q 11. 본 사업 지원신청 시 소요되는 제증명 비용(비급여)의 지원 가능 여부?

A 고위험 임신질환 치료와 관련 없는 비급여 의료비에 해당하므로 지원 불가

Q 12. 기 지원자 중 신규 질환 6종에 대한 지원대상 진료비 내역이 있을 경우 지원 가능 여부?

A 신규 질환 6종의 경우, 분만일로부터 6개월 이내에 기 결정금액 외 추가 지원 가능

- 예외적으로 '18.7~8월 분만한 기 지원자 중 신규 질환 6종에 대한 지원대상 진료비 내역이 있을 경우 '18.2.28.까지 추가 지원 가능

기타

Q 1. 동일 임산부가 고위험 임산부 의료비 지원사업과 타 사업(영유아사전예방적건강관리사업 등)을 보건소에 동시에 신청하면서 타 사업 행정정보공동이용에 동의하여 제출이 생략되는 서류에 대해 인정 가능 여부?

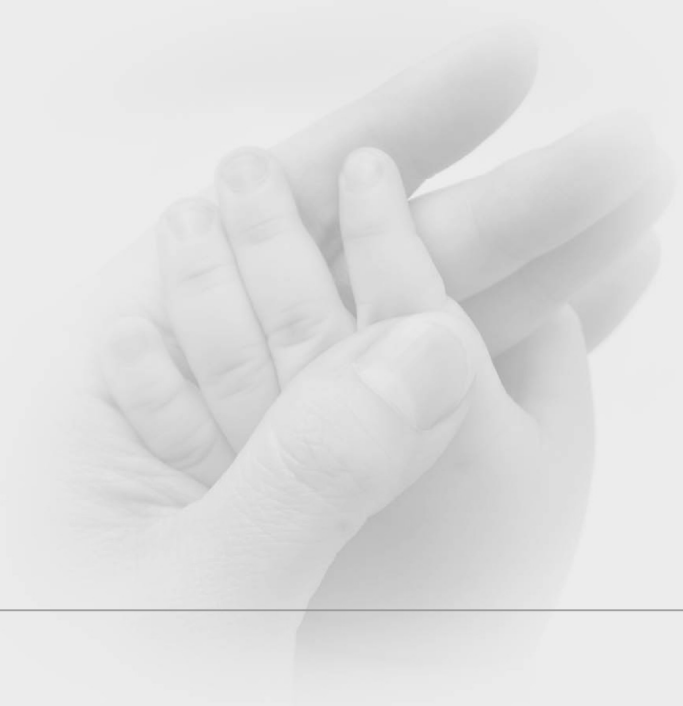
A 인정 가능(보건소 전달체계를 활용하는 복지부 관련 사업에서 공유 가능한 서류라면 민원인 편의상 인정하는 것이 바람직)

Q 2. 해외에서 출산한 경우 지원 가능 여부?

A 지원 불가

Ⅶ 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

1. 사업개요
2. 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용
4. 사업비용 관리 및 정산



Ⅶ. 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

1 사업개요

1) 추진개요

가) 근거

- 「저출산·고령사회기본법」(제4조 및 제10조)

나) 사업목적

- 저소득층 영아(0~24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀 및 조제분유 지원을 통해 경제적 부담 경감 및 아이 낳기 좋은 환경 조성

다) 사업기간 : 2015.10월부터 계속사업

라) 주요경과

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 대선 공약으로 선정('12.12월)
- "저소득층 기저귀·조제분유 지원사업" 국정과제(62-1)로 확정('13.5월)
  * 국정과제 62(임신과 출산 맞춤형 지원) → (62-1) 맞춤형 임신·출산 비용 지원
- 예비타당성조사 실시 및 사업추진 타당성 확보('14.1~11월)
  * AHP(Analytic Hierarchy Process, 분석적 계층화법) 종합평점 0.512로 사업추진 타당성 확보
- '15.10.30. 사업 시행(기준중위소득 40% 이하, 기저귀 32천원·조제분유 43천원)
- '16년 지원단가 인상(기저귀 32천원 → 64천원, 조제분유 43천원 → 86천원)
- '17년 기저귀 지원 사업기간(생후 0~24개월) 확대, 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁 및 부자·조손가족 양육아동 조제분유 지원 추가
- '18년 조제분유 지원대상 추가(산모의 의식불명, 영아 입양가정 등)
- '19년 자격확인방식으로 변경하여 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 대상 지원

2) 운영 방식

가) 개요

- (바우처 카드) 국가 바우처 통합카드(국민행복카드)* 발급 및 이용

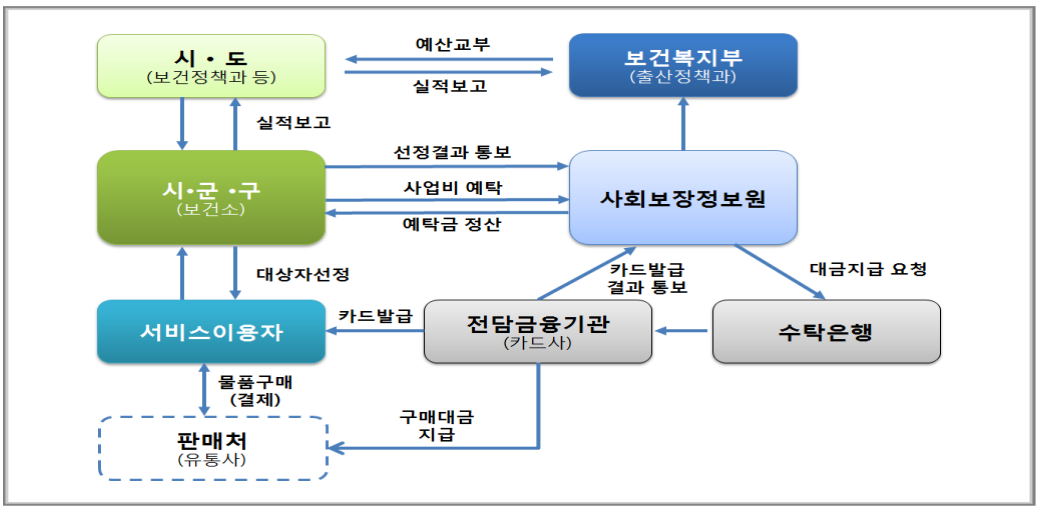
  * 국민행복카드 : 국가에서 시행하는 다양한 바우처를 하나의 카드로 이용할 수 있는 통합형 바우처 카드로 '15.5월 출시

  * 국가 바우처 통합카드는 이하 '국민행복카드'라 한다

- (업무 위탁) 사회보장정보원에 시스템 운영 및 지자체 예산의 예탁, 정산 등 업무 위탁
  - 대상자별 바우처의 생성 및 사용금액에 대한 비용 지급·정산
  - 사업 예탁금의 입/출금 관리 및 정산
  - 사업운영체계인 '전자바우처시스템' 관리 및 개선
  - 전담금융기관(카드사), 수탁기관 등 외부기관과 연계업무 처리

- (용역위탁계약) 업무를 수행할 카드사 다수 선정하여 위탁계약 체결
  - 국민행복카드의 발급에 대한 업무
  - 유통점(공급자)로부터 바우처 결제 청구 시 비용 지급 업무
  - 바우처 결제 비용을 사회보장정보원과 정산하고 그 대금을 청구
  - 기타 카드 사용과 관련된 민원 처리 및 해결
  - 상위 업무에 대한 자동화 업무(전자바우처시스템과의 연계)

나) 사업 추진 체계(사업예산 흐름도)



다) 사업 주체 및 역할

사 업 주 체		역 할
보건복지부	출산정책과	• 기본계획 수립, 지침 작성 등 사업 총괄 • 사업수행 예산 편성, 관리 • 사업 평가 및 지도·감독
	사회서비스정책과	• 바우처 운영계획 수립 및 관리 • 전자바우처시스템 구축 및 관리
시·도	보건정책과 등 사업 담당부서	• 사업비 예산 교부 및 조정 • 시·군·구 사업 관리 감독
시·군·구	보건소 (읍·면·동 주민센터)	• 사업비 예산 예탁 및 집행상황 관리 • 지원대상자 신청 접수 및 선정 (• 출생신고 시 보유자격 확인하여 사업 안내) (• 지원대상자 신청 접수)
사회보장정보원		• 시·군·구 예탁금 관리 및 정산 • 카드사와 바우처 비용(구매비용) 정산 • 서비스 모니터링 실시 및 통계 관리 • 바우처 시스템 관리·운영
전담금융기관(카드사)		• 국민행복카드 발급 및 배송 • 물품판매점 가맹 및 품목관리 • 구매비용 지급 및 사회보장정보원과 정산
수탁은행		• 사업비 예탁계좌 및 예탁금 입/출금 관리

2 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내

대상자 선정 절차

구 분	주 체	내 용
서비스 신청	영아의 부모 등 신청권자	• 신청서 작성 • 구비서류 제출(개인정보 수집·이용 동의서 등)
접수 및 상담·조사	주민센터 또는 보건소 담당자	• 신청서 접수 및 등록 • 대상자 여부 확인 - (기저귀) 대상 영아 등의 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 등 보유 자격 확인 - (조제분유) 지원대상 질환 여부 등 확인
자격 판정	보건소 담당자	• 대상자 여부 및 지원금액 결정
결과 통보	보건소 담당자	• (보건소 → 신청인) 대상 판정 결과 및 유형 통지 • (행복e음 → 전자바우처) 대상 판정 결과를 행복e음 시스템에서 전자바우처시스템으로 전송
카드 신청	서비스 대상자	• 전담금융기관 영업점을 방문하여 '국민행복카드' 신청 * BC·삼성·롯데 카드사 '국민행복카드' 기소지자는 별도의 신청절차 없이 기존 카드 이용 가능
카드 발급 및 배송	전담금융기관 (카드사)	• 카드 발급 및 배송

가. 바우처 지원대상

1) 기본 지원대상

- (기저귀) 만 2세 미만의 영아를 둔 아래 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 가구 대상으로 영아별로 지원(예. 쌍둥이·삼둥이 등의 경우 각각의 아동별로 지원)
  - 국민기초생활보장법 상 생계·의료·주거·교육급여 수급 가구
  - 차상위 본인부담경감 대상 가구
  - 자활사업에 참여하는 차상위 가구
  - 차상위 장애인 수당·연금 수급 가구
  - 차상위계층확인서 발급 대상 가구
  - 한부모가족지원법에 의한 지원 대상 가구(청소년한부모가족 포함)

지원대상		소득수준(참고)
기초생활보장	생계급여	기준중위소득 30% 이하
	의료급여	기준중위소득 40% 이하
	주거급여	기준중위소득 43% 이하
	교육급여	기준중위소득 50% 이하
차상위계층	차상위본인부담경감대상	기준중위소득 50% 이하
	차상위자활	
	차상위장애인	
	차상위계층확인	
한부모가족 (청소년한부모가족 포함)		기준중위소득 60% 이하 (기준중위소득 72% 이하)

- (조제분유) **기저귀 지원대상 중** 아래 사유에 해당 시 지원
  (단, 영양플러스사업·선천성대사이상 환아관리 사업의 조제분유 지원과 중복 불가)
  - 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁보호·입양대상 아동, 한부모(부자·조손)* 및 영아 입양 가정의 아동(이하 '아동복지시설 등 아동'이라 함)

  * 한부모가족지원법 제4조 내지 제5조의2에 따른 부자 또는 조손가정에 한함

- 산모의 사망·질병으로 모유수유가 불가능한 경우

조제분유 지원신청 가능한 산모의 질병명(질병코드)

① 에이즈(B20, B21, B22, B23, B24, O98.7, Z21, Z20.6)
② HTLV감염(C91.5, Z22.6)
③ 마약 및 정신이상약에 의한 중독(T40)
④ 악성신생물(C50, 유방암 제외)
- 항암화학요법 중인 경우만 모유수유 금지, 동 내용이 의사진단서에 기재된 경우만 지원

⑤ 유방의 악성신생물(C50.9)
- 항암화학요법을 포함한 치료를 받고 있는 경우 모유수유 금지, 동 내용이 의사진단서에 기재된 경우만 지원

⑥ 방사선 치료(Z51.0)
⑦ 항암제 치료(Z51.1)
⑧ 뇌하수체의 기능저하증(E23)
⑨ 중증 산후기 정신장애(F00~F99)로 수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우

- 산모의 방사성 요오드 치료, 의식불명, 뇌출혈 등으로 인한 의식 기능의 현저한 저하, 상반신 마비, 장기간(1개월 이상) 입원치료, 희귀·중증난치질환자*로서 스테로이드 고용량 투여 또는 면역억제제 투여로 모유수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우

* 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표4]희귀질환자, [별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상에 한함(보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)→ 정보→ 법령→ 훈령/예규/고시/지침→ 보건복지부 고시 제2018-255호 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 고시 참고)

2) 예외 지원대상

- 기본 지원대상의 소득 수준을 초과하더라도 광역 시·도지사가 별도의 자체 기준을 정하여 추가 지원 가능
- 예외 지원은 자치단체의 별도 예산 범위 내에서 시행하되, 동일 광역 시·도 내에서는 가급적 동일한 예외 대상·기준 등을 적용하는 것을 원칙으로 함
- 다만, 기초자치단체가 자체 방침에 따라 광역 시·도가 정한 예외 지원 기준을 초과하여 추가 지원하고자 할 경우에는 초과분에 대해 전액 시·군·구비로 부담함
- 지원대상자가 해당 시·군·구에서 전출할 경우 자동으로 자격이 중지됨

나. 바우처 신청

1) 신청 기간

- 영아 출생 후 만 2년이 되는 날의 전날까지 신청 시, 신청일 기준으로 지원
  - 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원

* 만 2년이 되는 날의 전날 또는 60일이 되는 날이 토·일요일·공휴일인 경우에는 익일까지 인정

** 신청일 기준으로 지원요건을 충족(주민등록번호 기 발급)하여야 하며, 기타 주민등록등본 등의 발급이 지연되는 개별 사례 인정 불가

2) 신청 자격

- 대상 : 국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 한 만 2세 미만 영아
  - 외국인의 경우 부모 중 어느 한 쪽이 대한민국 국적을 가진 경우 허용

* 지원제외자 : 부모 모두 외국 국적인 자 및 국외 이주자
단, 난민협약에 의한 난민, 북한이탈주민, 영주귀국 사할린 한인은 자격 요건 충족 시 지원 가능

- 신청권자 : 지원신청서 서식 상 신청인이 바우처 실사용자가 됨
  - 원칙적으로 영아의 부모가 신청권자가 됨. 부모 각각의 명의로 카드 발급 시 지급된 바우처 공동 사용 가능
  - 부득이 부모의 사정으로 지원신청이 어렵거나, 주양육자가 부모가 아닌 경우에는 영아의 양육을 주로 담당하는 자*가 신청하여 바우처 카드 발급·사용 가능. 지원신청서 신청인 란에 주양육자 이름 기입 필요

* 주민등록등본상 세대를 같이 하는 가족, 가족관계증명서를 지참한 친족(8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척), 후견인·법정대리인, 사회복지시설의 장 또는 근무자, 위탁가정의 위탁모 등

3) 신청 장소

- 영아의 주민등록 주소지 관할 시·군·구 보건소, 읍·면·동 주민센터 또는 온라인(복지로, www.bokjiro.go.kr)

* 보건소 담당자는 사회보장정보시스템(행복e음) 상의 '바우처 신청현황'을 매일 확인하여 주민센터에서 접수된 신청사항을 지체 없이 처리

** 시설아동, 신변보호가 필요한 가정폭력·성폭력 피해자시설 입소자의 경우에는 영아의 주민등록 주소지가 아닌 보호시설 소재지 보건소(주민센터)에 신청 가능하며, 신청 받은 지자체에서 지원

4) 구비 서류

구 분	구비 서류
신청자 제출 (공통)	■ 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서 1부 ■ 개인정보 수집 및 이용 동의서 1부 ■ 주민등록등본 1부* * 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능
해당자 제출 (추가)	■ (등본상 가족관계입증 곤란시) 가족관계증명서 1부 ■ (조제분유 신청) 산모의 사망·질병을 증명할 수 있는 가족관계증명서 또는 의사진단서(소견서)*, 아동복지시설 등 아동임을 확인할 수 있는 증명서 등 1부 * 민감한 개인정보에 해당하므로 접수 받은 보건소·주민센터에서 자체 보관 처리 ■ (부모 외 신청) 영아와의 관계를 증빙할 수 있는 서류 1부 - 가정위탁보호확인서, 시설아동증빙서류, 후견인 증명서 등 ■ 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서 1부
주민센터 또는 보건소 담당자 확인	※ 아래 서류 중 보유 자격 관련 증명서 또는 확인서 1부 확인(행복e음) ■ 국민기초생활보장수급자 증명서 1부 ■ 차상위 본인부담경감대상자 증명서 1부 ■ 자활근로참여확인서 1부 ■ 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 대상자 확인서 1부 ■ 차상위계층 확인서 1부 ■ 한부모가족 증명서 1부

5) 주민센터에서 신청 접수 시 처리방법

- 영아(0~24개월 미만) 양육 가구가 출생신고 등을 위해 주민센터 방문 시 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격이 확인될 경우 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업'의 지원 기준·내용 등 안내
  * 동 사업 신청·접수 담당자와 '행복출산 원스톱 서비스' 담당자가 다를 경우 동 사업에 대한 안내가 누락되지 않도록 담당자 간 긴밀한 협조체계 유지 필요

- 지원신청서(서식 1호) 상의 대상 영아 정보로 사회보장정보시스템(행복e음)에서 가구원 정보·자격 보유 여부 등을 조회·확인하고 관련 서비스 정보 등을 입력하여 저장 처리
  * 신청일 기준으로 지원금액이 결정되므로, 신청·접수 건이 누락되지 않고 실제 신청일이 시스템 상에 입력될 수 있도록 유의할 것
  ** 별도 구비서류(조제분유 신청을 위한 의사진단서·가족관계증명서, 보유 자격과 관련하여 제출한 증명서 또는 확인서 등)가 있을 경우에는 스캔하여 등록

● 신청 사항에 대한 최종 지원결정은 관할 보건소에서 이루어지며, 보건소에서 대상 판정 후 그 결과를 개별 통지할 예정임을 반드시 안내

※ 신청·접수 관련 문의 : 보건복지콜센터(129) 또는 보건소 사업담당자

주민센터 신청·접수 절차

처리 절차	업무 내용
① 지원대상자에게 사업개요 등 설명	• **영아의 주민등록번호**(출생 후 24개월 미만 여부) **확인** - 신청일 기준, 주민등록번호가 발급되어 있어야 함 • **저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 개요 설명** - 지원대상 : 기초생활보장수급자(생계·의료·주거·교육), 차상위계층(본인부담경감대상·자활·장애인·계층확인), 한부모가족(청소년한부모가족 포함) - 지원내용 : (기저귀)월 6만4천원, (조제분유*)월 8만6천원 * "산모의 사망·질병, 아동복지시설 등 아동" 등으로 모유수유가 불가한 경우에 지원 ※ **관할 보건소에서 최종 대상판정(지원결정)**하여 그 결과를 **개별 통지할 예정임을 반드시 안내**
② 신청서 접수	• **저소득층 기저귀·조제분유 지원 신청서**(서식 1호) 접수
③ 대상자 정보 조회	• 사회보장정보시스템(행복e음)의 '신청관리 / 바우처 홈(읍면동)'에서 **대상자 조회**
④ 보유 자격 등 조회·입력	• '신청관리 / 바우처 홈(읍면동) / 서비스 찾기(Popup)'에서 **대상 영아·신청인 등의 보유 자격 조회·확인** 후 지원 서비스목록에서 '**기저귀·조제분유 지원**' **선택** • '신청관리 / 바우처 홈(읍면동) / 서비스 찾기(Popup) / 바우처 신청 (Popup)'에서 **대상자, 서비스 정보, 지원유형 등을 확인하여 입력**
⑤ 별도 구비서류 등록	• **별도 구비서류**(조제분유 신청을 위한 의사진단서·가족관계증명서, 보유자격 증명서·확인서, 국민행복카드 TM 신청서 등)가 있을 경우에는 **스캔하여 등록**
⑥ 접수 사항 저장	• 조회·입력사항 '**저장**' 처리 후 종료 - '신청접수' 처리 후 신청 정보 변경 시 보건소 담당자가 '신청취소'하여 재처리

다. 바우처 지원 결정

1) 지원 적합여부 판정 방법

- (기저귀 지원대상) 영아 본인 또는 영아의 부 또는 모(바우처 실사용자)*의 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 자격 보유 시 '적합' 판정

  * 사실혼 관계 포함

  - 한부모가족지원법 제5조의2에 따른 조손가족의 경우도 포함
  - (교육급여) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 교육급여 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능
  - (차상위 본인부담경감대상) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 차상위 본인부담경감대상 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능

◈ 참고사항

아동복지시설·공동생활가정·가정위탁보호·입양대상 아동의 경우, 보장시설 또는 일반수급자로서 국민기초생활보장법 상 생계·의료급여 수급자에 해당하므로 본 사업의 기저귀 및 조제분유 동시 지원대상자임

- 학대·유기 등으로 시설에 입소한 아동은 우선 지원, 증명서 제출 등 사후 보완 조치 필요
- 다만, 시설 입소 아동 대상 타 후원사업과 중복 지원이 되지 않도록 본 사업 신청 필요 (기저귀 지원 없이 조제분유만 지원 불가)

- (조제분유 지원대상) 기저귀 지원대상자로 결정된 신청인 중 산모의 사망· 특정 질병 해당 여부, 아동복지시설 등 아동 여부, 산모의 의식불명 여부 등을 확인하여 기저귀 지원대상 자격에 조제분유 지원대상 자격 추가 부여

2) 바우처 지원 결정

가) 지원 결정 처리

- 시·군·구 담당자는 '행복e음'을 통해 대상 영아 또는 신청인 등의 아래 보유 자격을 조회·확인하여 지원대상자로 결정 처리

행복e음 상 확인되는 자격	
기초생활보장	기초생계급여 기초의료급여 기초주거급여 기초교육급여
차상위계층	차상위본인부담경감대상자 차상위자활 차상위장애인 차상위계층확인
한부모가족	모자가족 부자가족 조손가족 청소년한부모모자 청소년한부모부자

- ‘행복e음’ 상 보유 자격 미확인 시, 신청인에게 관련 증명서 또는 확인서 제출 요청하여 확인 필요
- 신청서·보유 자격 등 확인내역을 사회보장정보시스템(행복e음)에 입력, 전송
  * 예외지원(지자체 자체사업)의 경우, 판정결정등록 시 ‘시군구인정’으로 입력 후 전송

나) 지원 결정 통지

- 시·군·구 담당자는 신청 접수일로부터 14일 이내에 지원 대상자 여부를 결정하여 신청인에게 결정통지문 및 이용자 안내문을 우편물발송, 이메일, SMS 중 택일하여 결과 통보
  * 신청시 구비서류 확인으로 지원 결정이 가능한 경우 당일 통보 가능

- 결정통지문은 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 출력 활용
  ☞ [서식 4호] 사회보장급여 결정(적합) 통지서
  ☞ [서식 5호] 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 이용 안내문
  ☞ [서식 6호] 저소득층 기저귀·조제분유 온라인 쇼핑몰 결제방법 안내

다) 지원시점

- 신청일 기준으로 지원금액 및 기간 산정, 지원된 바우처는 결정 통지 후 익일부터 지원기간 동안 사용 가능
  * 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원
  (예시) 영아 출생일이 ’18.12.30., 신청일이 ’19.2.1., 결정통지일이 ’19.2.5.인 경우, 신청일 기준으로 24개월분이 지급되며, 결정통지일의 다음날인 ’19.2.6.부터 24개월 동안 (’21.2.5.까지) 사용 가능

라) 지원유형 변경(조제분유 추가 지원)

- 조제분유 추가 지원 시, 관할 보건소 또는 주민센터에 '사회보장급여(사회서비스 이용권) 신청(변경)서'를 제출하여야 함
  - 추가 신청 당시 영아의 주소지가 변경된 경우, 현재 시점의 지역에서 조제분유 지원
- 변경된 지원유형은 변경 결정 통지 후 익일부터 적용(바우처 생성)되며, 지원기간 종료일은 기 신청한 기저귀 바우처 종료일과 동일함
  - 기 생성된 바우처에 대한 소급적용 및 기 이용한 바우처에 대한 환수조치 없음

3) 이의신청

가) 신청개요

- 근거 : 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조 및 같은 법률 시행령 제10조를 준용
- 신청권자 : 서비스 신청권자와 동일
- 이의신청 기한 : 이용자 선정 결과 또는 지원 중지 등을 통보 받은 날로부터 20일 이내(사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시)
  * 단축 고지 사유 : 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 유효기간은 '지원대상 판정일로부터 24개월 이내'로 이의신청 지연으로 인한 유효기간 경과 예방
- 이의신청 방법 : 이의신청서를 작성하여 관할 보건소에 제출

☞ [서식 7호] 이의신청서

나) 이의신청 처리

- 이의신청 접수 : 시·군·구 담당공무원이 이의신청 접수
- 이의신청 검토 : 이의신청 내용의 타당성 등 검토
  - 시·군·구청장은 검토 결과 처분이 위법·부당하다고 인정되는 때에는 시정, 그 밖에 필요한 조치를 이행하여야 함
- 결과 통보 : 접수일로부터 15일 이내(사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시)에 검토 결과 및 사유를 신청인에게 서면으로 통보

4) 자격관리(자격변동 등 확인)

- 시·군·구 담당공무원은 자격변동 사유에 따라 지원대상자에 대한 자격관리 실시
- 기본 지원대상자(가, 나, 다 유형)의 전출입이 있는 경우 행복e음에 입력된 대상자별 전산 자료는 별도의 전송절차 없이 전출지에서 전입지로 자동 이관됨
- 전출입 시 이미 지급된 3개월분의 바우처는 전출 시·군·구에서 부담하고, 잔여 지원기간에 해당하는 바우처는 전입 시·군·구에서 부담함
- 예외 지원대상자가 해당 시·군·구에서 전출할 경우 자동으로 자격이 중지됨
- 대상자가 지원대상 요건에 부합하지 않아 시·군·구가 행복e음을 통해 대상자의 자격을 중지하는 경우 중지사유에 따라 바우처 사용이 제한됨

중지사유별 바우처 자격관리(행복e음)

중지사유	요건	관리사항	자격변동 적용시점
본인포기	이용자의 급여 중지 요청	자격중지 (잔액 결제 불가)	변경 결정 익일부터
영아사망	지원대상 영아의 사망 확인	자격자동중지 (잔액 결제 불가)	변경 결정 익일부터
자격종료	대상자의 수급자격 종료 (지원기간 종료)	자격자동중지 (잔액 결제 불가)	지원기간 종료일 익일부터
부정수급	적발 확인 시	관련법 또는 사업지침에 따라 조치*	변경 결정 익일부터
신청 당시 보유자격 상실	연 2회 확인조사 결과 차상위 등 자격상실로 부적합 판정 시	자격중지 (잔액 결제 불가)	변경 결정 익일부터

* 속임수 등의 부정한 방법으로 사회보장급여를 받거나 타인으로 하여금 사회보장급여를 받게 한 경우(예. 지원된 바우처로 구매한 기저귀·조제분유 등의 지원물품을 제3자에게 판매하여 대가 취득), 수급자격이 취소되며 잔여 지원기간 동안 재신청이 불가함. 또한, 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조 제1항에 따라 지원금 환수 등의 조치 및 동법 제54조 제3항의 벌칙 적용 가능

* 타인의 바우처 카드를 강취·횡령하거나, 타인을 기망·공갈하여 취득한 바우처 카드를 사용하는 경우 등 카드에 관한 위반사항은 「여신전문금융법」에 따라 처벌 가능

3 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용

가. 지원기간 및 금액

1) 지원기간

가) 만 2세 미만 영아(0~24개월)에 대해 최대 24개월 동안 지원

- 영아 출생 후 만 2년이 되는 날의 전날까지 신청 시, 신청일 기준으로 지원
  - 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원

2) 지원대상별 지원금액

지원 내용	지원유형	지원금액(원)	비 고
기저귀 지원	가유형	64,000	예외지원[2] 라유형과 동일
기저귀 + 조제분유 지원	나유형	150,000	예외지원 마유형과 동일
조제분유 추가 지원[1]	다유형	86,000	예외지원 바유형과 동일

1) 기저귀 지원대상자 중 조제분유 추가 지원신청 시
2) 행복e음 시스템을 통해 지자체가 자체(예산)사업으로 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 외 지원대상자에 대해서도 지원하는 경우의 지원유형

3) 지원기간 및 지원내용별 지원금액 산정(표)

가) 기저귀 지원 (가·라 유형) - 영아 1인당 월 64천원 지원

【신청일에 따른 기저귀 지원금액】

신 청 일	총 지원금액 (천원)
출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날	64천원×24개월=1,536
출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날	64천원×22개월=1,408
출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날	64천원×21개월=1,344
출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날	64천원×20개월=1,280
출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날	64천원×19개월=1,216
출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날	64천원×18개월=1,152
출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날	64천원×17개월=1,088
출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날	64천원×16개월=1,024
출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날	64천원×15개월=960
출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날	64천원×14개월=896
출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날	64천원×13개월=832
출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날	64천원×12개월=768
출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날	64천원×11개월=704
출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날	64천원×10개월=640
출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날	64천원×9개월=576
출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날	64천원×8개월=512
출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날	64천원×7개월=448
출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날	64천원×6개월=384
출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날	64천원×5개월=320
출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날	64천원×4개월=256
출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날	64천원×3개월=192
출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날	64천원×2개월=128
출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날	64천원×1개월=64

나) 기저귀 + 조제분유 지원 (나·마 유형) - 영아 1인당 월 150천원 지원

【신청일에 따른 기저귀·조제분유 지원금액】

신 청 일	총 지원금액 (천원)
출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날	150천원×24개월=3,600
출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날	150천원×22개월=3,300
출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날	150천원×21개월=3,150
출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날	150천원×20개월=3,000
출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날	150천원×19개월=2,850
출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날	150천원×18개월=2,700
출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날	150천원×17개월=2,550
출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날	150천원×16개월=2,400
출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날	150천원×15개월=2,250
출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날	150천원×14개월=2,100
출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날	150천원×13개월=1,950
출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날	150천원×12개월=1,800
출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날	150천원×11개월=1,650
출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날	150천원×10개월=1,500
출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날	150천원×9개월=1,350
출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날	150천원×8개월=1,200
출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날	150천원×7개월=1,050
출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날	150천원×6개월=900
출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날	150천원×5개월=750
출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날	150천원×4개월=600
출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날	150천원×3개월=450
출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날	150천원×2개월=300
출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날	150천원×1개월=150

다) 조제분유 추가 지원 (다·바 유형) - 기저귀 지원대상자에 대해 기저귀 외 조제분유 지원 결정일 기준 기저귀 잔여 개월수 × 월 86천원 추가 지원

【잔여기간에 따른 조제분유 지원금액】

신 청 일	추가 지원금액 (천원)
출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날	86천원×24개월=2,064
출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날	86천원×22개월=1,892
출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날	86천원×21개월=1,806
출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날	86천원×20개월=1,720
출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날	86천원×19개월=1,634
출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날	86천원×18개월=1,548
출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날	86천원×17개월=1,462
출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날	86천원×16개월=1,376
출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날	86천원×15개월=1,290
출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날	86천원×14개월=1,204
출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날	86천원×13개월=1,118
출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날	86천원×12개월=1,032
출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날	86천원×11개월=946
출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날	86천원×10개월=860
출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날	86천원×9개월=774
출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날	86천원×8개월=688
출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날	86천원×7개월=602
출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날	86천원×6개월=516
출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날	86천원×5개월=430
출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날	86천원×4개월=344
출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날	86천원×3개월=258
출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날	86천원×2개월=172
출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날	86천원×1개월=86

나. 바우처 지급(생성)

1) 바우처 지급방식

- (시기) 지원대상으로 결정 통보된 날의 익일부터 3개월 단위로 바우처 지급

  * 지원기간이 4개월 이상인 경우 첫 바우처 지급일로부터 3개월 후 다음 3개월분 바우처 지급

【지원기간에 따른 바우처 지급 시기】

<table>
<tr><th rowspan="2">지원기간</th><th colspan="8">바우처 지급 시기</th></tr>
<tr><th>1회차</th><th>2회차</th><th>3회차</th><th>4회차</th><th>5회차</th><th>6회차</th><th>7회차</th><th>8회차</th></tr>
<tr><td>24개월</td><td rowspan="25">결정 통보된 날의 익일</td><td rowspan="13">1회차 지급 후 4개월째 날</td><td rowspan="19">1회차 지급 후 7개월째 날</td><td rowspan="16">1회차 지급 후 10개월째 날</td><td rowspan="13">1회차 지급 후 13개월째 날</td><td rowspan="10">1회차 지급 후 16개월째 날</td><td rowspan="7">1회차 지급 후 19개월째 날</td><td rowspan="4">1회차 지급 후 22개월째 날</td></tr>
<tr><td>22개월</td></tr>
<tr><td>21개월</td></tr>
<tr><td>20개월</td></tr>
<tr><td>19개월</td></tr>
<tr><td>18개월</td></tr>
<tr><td>17개월</td></tr>
<tr><td>16개월</td></tr>
<tr><td>15개월</td></tr>
<tr><td>14개월</td></tr>
<tr><td>13개월</td></tr>
<tr><td>12개월</td></tr>
<tr><td>11개월</td></tr>
<tr><td>10개월</td></tr>
<tr><td>9개월</td></tr>
<tr><td>8개월</td></tr>
<tr><td>7개월</td></tr>
<tr><td>6개월</td></tr>
<tr><td>5개월</td></tr>
<tr><td>4개월</td></tr>
<tr><td>3개월</td></tr>
<tr><td>2개월</td></tr>
<tr><td>1개월</td></tr>
</table>

- (생성금액) 대상자별 월지원액 × 3개월분 만큼 생성되며, 다음 바우처 생성 전 미사용한 잔액은 지원기간 종료일까지 이월됨

  * 지원기간이 3개월 미만(1~2개월)인 대상자는 월지원액 × 지원기간 만큼만 바우처 생성

- (지원유형 변경 대상자) 첫 바우처는 지원유형 변경결정일로부터 다음 바우처 생성일까지 남은 개월수 × 조제분유 추가지원액 만큼을 결정 통보된 날의 익일부터 지급

  - 다음 바우처 생성은 기저귀 지원금과 합산하여 동일한 시기에 지급

    (예시) 기저귀 24개월 지원대상자(가유형)가 첫 바우처 지급일로부터 2개월째 월에 조제분유 추가 지원신청하여 결정 통보를 받은 경우,

    ① 2개월(다음 생성일까지 남은 개월수) × 86천원(조제분유 추가지원액) 만큼을 결정 통보된 날의 익일부터 추가 지급하고, ② 다음 바우처 생성 시부터는 기저귀 및 조제분유 지원금 합산액을 3개월 단위로 지급

2) 바우처 이용기간 및 소멸시기

- (이용기간) 결정 통보된 날의 익일부터 대상자별 지원기간 종료일까지 자유롭게 사용 가능

  * 조제분유 추가 지원(지원유형 변경) 대상자의 조제분유 지원기간 종료일은 기 신청한 기저귀 바우처 종료일과 동일

- (소멸시기) 지원기간 종료일의 익일부터 바우처가 소멸되므로 이용기간 경과 시 사용 불가

  * 바우처 생성시(3개월)마다 및 지원기간 종료 1~2개월 전 바우처 잔액 등 문자안내서비스(SMS) 시행 중

3) 바우처 구매 가능한 물품 및 방식

- 시중에 구매 가능한(상용화된) 기저귀 및 조제분유(조제이유식 포함)
- 수혜자가 기저귀 지원만 받는 경우, 총 바우처 지원금액 내에서 기저귀 구매분에 한해 지원
- 수혜자가 기저귀 및 조제분유 2가지 항목을 모두 지원받는 경우, 총 바우처 지원금액 내에서 기저귀 또는 조제분유의 구별 없이 사용 가능

  (예시) 기저귀(월 64천원) 및 조제분유(월 86천원) 2가지 항목 모두 지원받아 총 바우처 지원금액이 월 150천원인 경우, 기저귀 60천원 및 조제분유 90천원 구매 가능

- 바우처 지원금액을 초과하여 구매(결제)하는 경우, 초과분은 이용자에게 직접 청구되므로 유의해야 함

  (예시) 기저귀 바우처 지원금액 1만원이 남은 사람이 3만원의 기저귀를 구매한 경우, 1만원은 정부가 지원하고 2만원은 본인이 부담

- 국민행복 전용카드 이용자는 바우처 지원금액에 한해 결제가 가능하며, 바우처 지원금액을 초과하여 구매하는 경우에는 현금 등으로 본인이 직접 비용을 부담하여야 함

- 개인이 신용불량 또는 연체 등의 경우에도 바우처 사용이 가능하도록 사회서비스 전용 국민행복카드 발급 신청이 가능(적용 2016.11.30.)하므로 각 보건소는 서비스 대상자에게 사전 안내하도록 할 것

다. 바우처 이용방법

1) 기본 이용방법

- 정부지원금으로 결제가능한 유통점에서 취급하는 기저귀 또는 조제분유를 자유롭게 구매
- 기존 발급받은 BC·삼성·롯데 카드사 국민행복카드가 있는 경우, 추가 발급없이 해당 카드로 동 바우처 사용 가능
- 수혜자는 기저귀 또는 조제분유를 구매할 때 정부지원 바우처가 들어간 국민행복카드로 결제

2) 국민행복카드 신청·(재)발급 절차

- 국민행복카드 미발급자는 전담금융기관 영업점을 직접 방문하여 '국민행복카드' 신청·발급

  * BC카드사 전국 영업점 또는 제휴은행 지점(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 삼성·롯데카드사

- 또는 바우처 신청 시 '국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서'를 작성·제출하여 금융기관(카드사)의 카드발급상담전화(TM)를 통해 본인확인 후 국민행복카드 발급 가능

  * 체크카드 발급 등으로 계좌개설이 필요한 경우에는 전담금융기관 영업점에 직접 방문하여 신청하여야 함(결정통지서 지참 필요)

- 신청 시 등록한 '부모 또는 부모 외 신청권자' 중 국민행복카드 기 발급자가 있을 경우 별도의 신청 절차 없이 이용 가능

- 성명, 주민번호 등 개인정보 변경 또는 카드훼손·분실 등으로 인한 카드 재발급 시 전담금융기관(카드사)을 통해 재발급

  * 분실한 경우 재발급 시까지 이용 불가, 분실사실 미신고 또는 신고지연으로 타인이 사용한 경우 차액만 지원

3) 국민행복카드 종류 및 신청처

- (카드종류) 신용카드, 체크카드 및 전용카드(계좌 미연계 체크카드)

  * 신용 또는 체크카드 발급을 기본으로 하고, 전용카드는 계좌개설이 어려운 경우(신용불량, 미성년자 등)에 한해 예외적으로 발급

- (카드신청 및 문의처)

국민행복카드 신청 (국민행복카드 발급사)	– (BC카드) IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국 – (삼성카드) 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점 – (롯데카드) 롯데카드 전국 영업점 및 롯데백화점
카드발급 문의	– BC카드 : 콜센터(1588–4000) 또는 각 국민행복카드 발급 은행 콜센터 – 삼성카드 : 콜센터(1588–8700) – 롯데카드 : 콜센터(1588–8100)
제도 문의	– 보건복지콜센터 : (국번없이)129 – 사회보장정보원 콜센터 : 1566–3232(단축 4번)

4) 정부지원금 결제 가능 구매처

- 국민행복카드 발급사와 가맹계약을 체결한 유통점으로서, 기저귀 및 조제분유 등 정부지원 구매 품목의 별도 관리가 가능한 POS(결제시스템)를 운용하는 곳에 한해 가능

국민행복 카드사	구 매 처	
	온라인	오프라인
BC카드	우체국쇼핑몰, G마켓, 옥션	나들가게(전국 170여개 지정점) 이마트
삼성카드	삼성카드 쇼핑몰	이마트
롯데카드	롯데 올마이쇼핑몰	롯데마트

- 이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가

- 가까운 나들가게 지정점 현황은 '나들가게 홈페이지(www.nadle.kr)→ 우리동네 나들가게→ 기저귀조제분유 바우처 점포'에서 확인 가능
- 우체국쇼핑몰 전화주문 가능(1588-1300)
  전화주문 이용시간 : 평일 오전9시~오후6시, 토요일 오전9시~오후1시(일요일 · 공휴일 휴무)

5) 구매 가능 품목(물품)

- 시중에 판매되고 있는 기저귀 및 조제분유(조제이유식 포함, 이하 동일)

  * 어린이제품 안전 특별법(기저귀), 축산물 위생관리법(조제분유), 식품위생법(조제식)에 따라 제조·유통 중인 물품

  ** 죽 형태의 이유식(기타 영유아식) 등은 위 조제이유식에 포함되지 않아 결제 불가능

- 유통점에 비치되어 있지 않거나 비치되어 있더라도 바코드(Bar-code) 등으로 POS 등록관리가 불가능한 품목은 원천적으로 구매 불가능
- 유통점 별로 기저귀·조제분유 판매 품목, 가격 등이 서로 상이함에 유의
- 본 지침 외에 기저귀 및 조제분유 구매 절차에 대해서는 각 유통점의 원칙을 준용

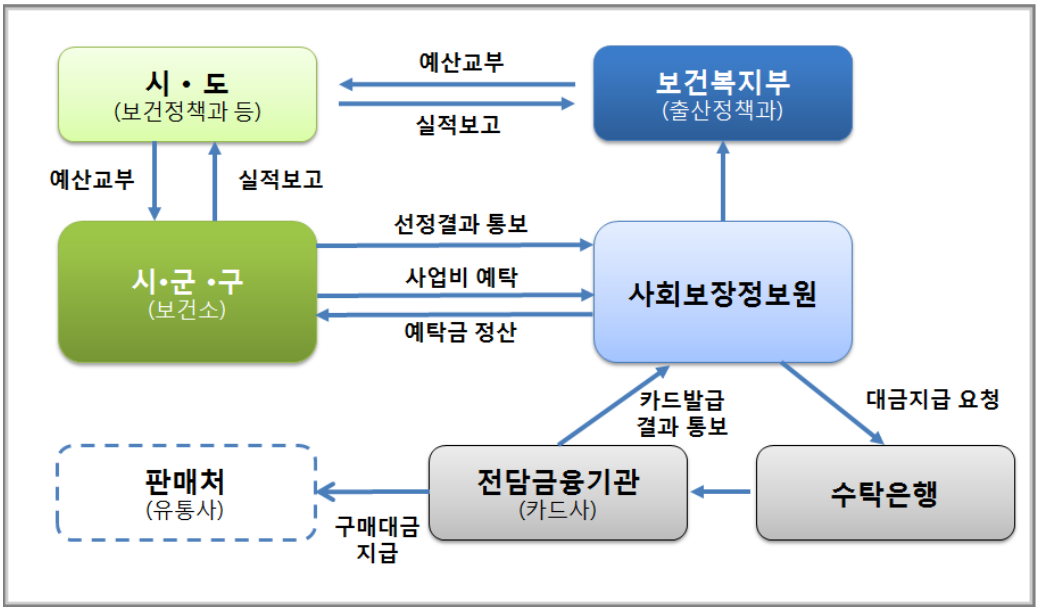
6) 결제수단 및 방식

- 각 유통점 별로 운용 중인 결제단말기(POS 내 기능)로 기저귀 및 조제분유 등 정부지원 품목을 분리하여 청구가 가능하여야 함
- 기저귀 및 조제분유 구매 당시에 국민행복카드로 결제한 경우에 한해 정부지원이 가능

4 사업비용 관리 및 정산

가. 개요

1) 추진 체계(사업예산 흐름도)



2) 사업연도

- 정부의 회계연도를 따름
- 자금의 출납은 카드사가 사회보장정보원에 청구한 날짜를 기준으로 처리(매월 1회)

3) 예산의 교부 및 사업비 예탁

- 보건복지부는 시·도에, 시·도는 관할 시·군·구에 보조금관리에 관한 법률 및 지방회계법에 따라 보조금을 교부
- 시·군·구(보건소)는 바우처 비용 지급을 위해 교부된 국비, 시·도비, 시·군·구비가 포함된 사업비를 사회보장정보원에 예탁

  * 예탁근거 :「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」제20조

- (예산확정 후 즉시 예탁) 예산확정 후 1차분을 즉시 예탁하되 특별한 사정이 없는 한 매년 1월 31일까지 사업비를 예탁
- 1차분 예탁 후에는 국비 및 시·도비 교부 시기, 바우처 비용 지급 일정에 따른 예탁 마감일을 감안하여 예탁금이 부족하지 않도록 적기에 예탁

4) 예탁업무 처리방법

【이해관계자별 예산집행 관련 업무사항】

이해관계자	업무 내용
이 용 자	서비스 및 바우처 카드 발급 신청
구 매 처	서비스 비용 청구 및 수령
지방자치단체	내역사업별 예산 편성, 사업집행계획 수립 및 추진현황 관리 사업비(국고보조금+지방비) 예탁 및 예산의 범위 내에서 사업이 집행될 수 있도록 자구 노력
보건복지부	지자체별 예산 배분액 총액 결정 내역사업별 예산 편성 가이드라인 마련 국고보조금 교부, 사회보장정보원에 업무 위탁 및 관리·감독
사회보장정보원	바우처 생성·이용내역 관리, 예탁금 정산, 예탁금 입출금 계좌관리 카드사에 서비스 비용 지급 · 환수 등
국민행복카드 발급사 (카드사)	서비스 대상자에 대한 바우처 카드 발급 유통점에 대한 물품비용 지급 ※ 유통점(가맹점)과 국민행복카드 발급사 간 가맹점 계약에 따라 카드전표 매입 후 3~4영업일 내에 대부분 지급

- 사회보장정보원의 카드대금 지급 시점에 해당 지자체의 예탁금액이 부족할 경우 카드사에 대한 비용 지급이 중단됨에 유의
- 사회보장정보원은 매월 보건복지부, 시·도, 시·군·구로 예탁금 정산내역 및 예탁금 부족 예상 정보를 제공하며, 예탁금이 부족하여 서비스 비용이 지급되지 않는 경우 이를 보건복지부, 해당 시·도 및 시·군·구에 통보
- 전출입시 이미 지급된 3개월분의 바우처는 전출 시·군·구에서 부담하고, 잔여 지원기간에 해당하는 바우처는 전입 시·군·구에서 부담

5) 비용의 지불 및 정산

- 카드사는 유통점이 POS를 통해 국민행복카드로 결제한 내역 중 기저귀 및 조제분유에 해당되는 물품 비용을 사회보장정보원으로 청구(매월 10일경)
- 사회보장정보원은 카드사의 비용 청구에 대해 월 1회(10일 이내) 물품 비용을 지급
  ※ 지급일이 토·일·공휴일인 경우 익일에 지급하며, 연휴 등으로 인해 불가피할 경우 연휴가 끝난 날로부터 3일 이내에 지급
- 단, 시·군·구의 예탁이 늦어지는 경우 카드사에 비용 지급이 지연될 수 있으므로 적기에 비용을 예탁할 수 있도록 항시 주의 요망
  ※ 예탁금 입금 지연 사례는 국회에서 자주 지적되는 사항임을 양지
- 사회보장정보원은 이용내역과 결제액(카드사 매입기준)을 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
  ※ 월 정산내역은 전자바우처시스템을 통해 확인
- 청구 및 지급 절차

  ① 기저귀 및 조제분유 물품 구매
  ➜ ② 국민행복카드 결제(POS 결제단말기 사용)
  ➜ ③ 카드매출전표 출력
  ➜ ④ 해당 카드사(BC카드, 삼성카드, 롯데카드)로 송신
  ➜ ⑤ 유통점에 비용 지급(매입 후 3~4영업일 이내)
- 전담 금융기관은 결제 시점마다 기본 대상자 자격 확인 후 정상인 경우에만 결제
- 사회보장정보원은 이자수입이 시·군·구에 귀속되는 점을 감안하여 계좌 개설 시 이자수입에 대한 법인세 원천징수가 되지 않도록 조치
- 사회보장장보원은 각 시·군·구별 예탁금 사용 잔액 및 이자수입이 발생할 경우, 해당 시·군·구가 지정한 계좌로 회계연도 종료 후 2개월 이내에 환급 처리
- 사회보장정보원은 예탁금 사용 잔액 및 이자수입 환급 시 10원 단위 미만은 절사하되, 절사한 금액은 사회보장정보원 수입으로 처리
- 사회보장정보원은 사업연도 종료 시 이용자별 보유 중인 바우처(지원금)를 다음 회계연도로 이월

- 기저귀 지원(가·라유형) 바우처로 생성된 금액에 대해 조제분유 추가 지원으로 유형 변경 시 조제분유 구매 건으로도 매입 처리 가능
- 정산은 카드사에서 매입(결제/결제취소)으로 확정한 일자 기준으로 함

(예시) • '18.12.31.에 결제하였더라도 카드사 매입이 '19.1.2.에 이루어졌다면, '19년도 사업비에서 카드사에 지급됨

• '18.10.10.에 발생한 결제 건이 '19.2.10.에 취소되었다면, 취소매입은 '18년도 사업비에서 환급되며, 취소 건은 '19.2월분 정산서에 반영됨

【정 산 절 차】

구 분	주 체	업무 내용
① **계좌개설**	복지부 (정보원)	• (복지부) 예탁금 입금 및 지급계좌 개설 요청 ※ 보건소 명의 전용 가상계좌 개설(타 사업 예산 입금 금지) • (정보원) 복지부로부터 예탁계좌 운영 및 관리 업무 수탁
② **입금**	시·군·구 (보건소)	• 국비 및 시·도비 교부 시기 및 바우처 비용 지급 일정에 따른 예탁 마감일을 감안하여 예탁금이 부족하지 않도록 적기에 예탁
③ **대금지급**	카드사	• 물품구매 후 유통점에 구매비용 지급(결제일 기준 3~5일내)
④ **대금청구**	카드사	• 전월 지원 대상 물품에 대한 카드이용내역을 당월 10일까지 정보원에 청구
⑤ **대금정산**	정보원	• 청구된 카드이용내역과 결제액을 시군구(보건소)별로 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
⑥ **내역통보**	시·군·구 (보건소)	• 매 분기말 지급내역(전분기 지출된 총 금액) 시·도에 통보

[서식 1호] 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] 〈개정 2019.1.1〉 [1 면]

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일 (영유아보육료, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동지원은 30일)

신청인	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)		세대주와의 관계		전화번호	
	주소						휴대전화	
							전자우편	

가족사항	세대주와의관계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)

※ 배우자 관계 (□ 법률혼 □ 사실혼 □ 사실상 이혼)

본인부담금 환급계좌	성 명	금융기관명	계좌번호	예금주

제출처 : 읍면동 주민센터

사회보장급여 내용

□ 보육료지원·유아학비지원 (아이행복카드)

지원대상자	신청구분
	□ 어린이집(0~2세) 종일(□ 장애 □ 다문화), □ 어린이집 (0~2세) 맞춤, □ 어린이집 방과후 □ 어린이집 (3~5세)(□ 장애 □ 다문화), □ 유치원 유아학비(3~5세), □ 장애아 보육료(6~12세)
	□ 어린이집(0~2세) 종일(□ 장애 □ 다문화), □ 어린이집 (0~2세) 맞춤, □ 어린이집 방과후 □ 어린이집 (3~5세)(□ 장애 □ 다문화), □ 유치원 유아학비(3~5세), □ 장애아 보육료(6~12세)
	□ 어린이집(0~2세) 종일(□ 장애 □ 다문화), □ 어린이집 (0~2세) 맞춤, □ 어린이집 방과후 □ 어린이집 (3~5세)(□ 장애 □ 다문화), □ 유치원 유아학비(3~5세), □ 장애아 보육료(6~12세)

* 어린이집(0~2세) 종일 서비스를 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 맞춤 서비스가 제공될 수 있습니다.

□ 노인돌봄종합서비스

방문서비스	지원대상자	신청요건	□ 장기요양등급외A,B □ 장애1~3등급 □ 중증질환자
	필요서비스	□ 월 27시간 □ 월 36시간 / □ 치매가족휴가지원	
주간보호	지원대상자	신청요건	□ 장기요양등급외A,B □ 장애1~3등급 □ 중증질환자
	필요서비스	□ 월 9일 □ 월 12일 / □ 치매가족휴가지원	
단기가사	지원대상자	신청요건	□ 독거노인 □ 고령부부(만75세 이상)가구 □ 조손가정
	필요서비스	□ 1개월(24시간) □ 2개월(48시간)	

□ 가사간병방문지원

지원대상자	
신청요건(1개 선택)	서비스시간
□ 1~3급 장애인 □ 중증질환자 □ 희귀난치성질환자 □ 조손가정 □ 소년소녀가정 □ 한부모가정(법정보호세대) □ 기타 시군구청장이 인정하는 자	□ 월 24시간 □ 월 27시간
□ 장기입원 사례관리 퇴원자	□ 월 40시간

□ 장애아동가족지원

발달재활서비스	지원대상자	장애유형 □ 뇌병변장애 □ 청각장애 □ 시각장애 □ 언어장애 □ 지적장애 □ 자폐성장애 □ 미등록 (영유아)
	장애등급	□ 1급 □ 2급 □ 3급 □ 4급 □ 5급 □ 6급 □ 미등록
	필요서비스 (중복 체크가능)	□ 언어치료 □ 미술치료 □ 음악치료 □ 행동·놀이·심리운동치료 □ 기타 ( )
언어발달지원	지원대상자	
	필요서비스 (중복 체크가능)	□ 언어발달진단 □ 언어치료 □ 청능치료 □ 기타 ( )

□ 발달장애인지원

발달장애인 부모상담지원	지원대상자		자녀와의 관계	□ 부 □ 모 □ 기타( )
	장애 유형 및 등급	장애유형	□ 지적장애 □ 자폐성장애 □ 미등록(영유아)	장애등급
주간활동 및 방과후돌봄지원	장애 유형 및 등급	장애유형	□ 지적장애 □ 자폐성장애	장애등급
	지원유형	□ 주간활동서비스 □ 방과후돌봄서비스		

□ 지역사회서비스	지원대상자		서비스명	
	지원대상자		서비스명	
□ 여성청소년 보건위생 물품지원	지원대상자		지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능
	지원대상자			

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[2 면]

	□ 장애인활동지원 (□ 갱신신청)	지원대상자		장애등급	□ 1급 □ 2급 □ 3급
		지원유형	□ 활동지원급여 □ 추가급여(변경신청인 경우만 단독 신청가능) □ 긴급활동지원		
		추가 급여 해당자만 (중복 체크가능)	□ 1인가구 □ 취약가구 □ 출산 □ 학교생활 □ 직장생활 □ 자립준비 □ 보호자일시부재 □ 나머지 가구구성원의 직장생활 등		
보건소	□ 산모신생아 건강관리지원	지원대상자		출산(예정)일	년 월 일
		지원 유형	□ 단태아 (□ 첫째아, □ 둘째아, □ 셋째아 이상), □ 쌍생아 (□ 둘째아, □ 셋째아 이상), □ 삼태아 이상, □ 중증장애인 산모		
		신청요건	기본 지원대상	□ 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) □ 소득기준 이하	
			예외 지원 대상 (해당자만)	□ 희귀난치성질환 산모 □ 장애인 산모 및 장애 신생아 □ 쌍생아 이상 출산가정 □ 셋째아 이상 출산가정 □ 새터민 산모 □ 결혼이민 가정 □ 미혼모 산모 □ 둘째아 이상 출산 산모 □ 분만 취약지 산모 □ 기타(소득기준 완화 등)	
		서비스 제공 장소	□ 자택 □ 기타		
보건소·주민센터	□ 저소득층 기저귀조제분유 지원	지원대상자			
		지원유형 (중복 체크가능)	기본지원대상	□ 기저귀 □ 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)	
			예외지원대상 (지자체자체사업)	□ 기저귀 □ 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)	

〈개인정보 수집 및 활용 동의〉	확인 (√ 체크)
1. 개인정보 활용 목적 동 신청서를 접수한 **보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.** **2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위** 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(보육료지원·유아학비지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 **정기적으로 관계기관에 요청**하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 **조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.** **3. 개인정보 보유 및 파기** 같은 법 제34에 따라 **5년간 보유**하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 **파기함을 고지합니다.**	□

< 유 의 사 항 >	확인 (√ 체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 **허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우**, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 **징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.**	□
2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다.	□
3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 **변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우** 해당 **급여는 환수**될 수 있으며, 관계 법률에 따라 **형사처벌 또는 과태료 등의 처분**을 받을 수 있습니다.	□
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.	□

추가제출 서류	
	1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류 2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 3. 어린이집(0~2세) 종일반 신청의 경우 취업 증빙 등 종일반 자격 확인이 가능한 서류 4. 건강 진단서(해당자에 한함) 5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서, 한부모가족증명서 등 시설아동, 가정위탁아동, 한부모가족임을 증명하는 서류

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인[1]) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관 계 : (대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사시장·군수·구청장 귀하

1) **가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등**

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 2호] 개인정보 수집 및 이용 동의서(사업운영 자체 서식)

개인정보 수집 및 이용 동의서

보건복지부, 사회보장정보원 및 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자의 발굴에 관한 법률」제23조 및「개인정보 보호법」제15조에 따라 민감정보 및 고유식별정보를 수집합니다.

■ 개인정보 수집 항목

○ 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
○ 개인정보 : 성명, 주소, 연락처, 대상자 자격판정 자료 (신청서, 결과통보서 등에 적힌 기본정보, 금융정보, 가구정보, 소득정보), 개인이력 (구매이력)

■ 개인정보 수집 및 이용 목적

○ 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제도 관련 본인 확인에 관한 업무
○ 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무
○ 기저귀 및 조제분유 구매를 위한 이용권(카드) 제작 및 배송 업무
○ 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송 업무
○ 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리 업무
○ 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등 업무

■ 개인정보 보유 및 이용기간

○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익

○ 위 내용은 저소득층 기저귀·조제분유 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

■ 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

■ 중요한 개인정보 수집에 관한 별도 동의

○ 고유식별정보 수집에 관한 동의

본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호 등)을 수집하고 있습니다.

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제공 계약 및 본인 확인절차
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 활용

※ 고유식별정보 수집에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

■ 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

○ 본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 수집한 개인정보를 아래의 내용과 같이 제공하고 있습니다.

- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무
- 이용권 결제를 위한 인증번호 또는 결제내역 송·수신(SMS)
- 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보제공

* 본 정보는 이용권 발급을 위해 보건복지부 및 사회보장정보원, 해당 카드사에 정보가 제공됩니다.

※ 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하고, 관련 법령에 따라 대상자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 허가된 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

(필요시) 법정대리인 : (서명 또는 인) 연락처 :

[서식 3호] 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서(사업운영 자체서식)

국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

개인정보 제공동의	국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))를 위해 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까? – 제공항목 : 성명 및 연락처(자택, 휴대전화) – 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 – 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) – 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지 [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음		
신청카드 (택1)	[ ] 롯데카드	[ ] 삼성카드	BC카드 [ ] IBK기업은행 [ ] NH농협 [ ] 대구은행 [ ] 부산은행 [ ] 경남은행 [ ] SC제일은행 [ ] 수협은행 [ ] 우체국 [ ] 제주은행 [ ] 우리은행 [ ] 광주은행 [ ] 전북은행

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드) 대표 귀하

안내 및 유의사항

○ 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 국민행복카드를 발급받을 필요가 없으며, 기존 국민행복카드를 이용하실 수 있습니다.
○ 해당바우처 서비스 신청인(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다. (신청인(본인)과 카드발급명의자가 다를 경우엔 카드 발급이 불가합니다)
○ 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 바우처는 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우는 가까운 국민행복카드 영업점(우체국, 은행 및 카드센터 등)을 방문하거나 각 카드사별 인터넷으로 접속하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
○ 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 신용심사결과에 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
○ 전용카드는 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우로서, 계좌압류결정문을 법원으로부터 발급받은 경우(계좌압류자) 또는 신용불량자 등 카드사 내부심사과정에서 신용도에 따라 발급이 가능하며, 이용자의 기호에 따라 발급이 불가능합니다.
○ 관련 법령에 따라 14세 이하 미성년자는 국민행복카드 발급이 불가능하므로, 법적보호자 명의로 신청하시기 바랍니다.

	수수료
	없음

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 4호] 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시[별지 제6호서식] 〈개정 2019.1.1.〉 [1 면]

사회보장급여 [□ 결정(적합) □ 결정(대상제외) □ 변경 · 정지 · 중지 · 상실] 통지서

신청인/세대주	성 명		생년월일		전화번호	
	주 소				휴대전화	
					전자우편	
	신청내용	신청구분		급여·서비스내용		
비 고						

1. 귀하가 신청한 사회서비스 조사·심의 결과 **사회서비스 이용권(바우처) 대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

<공 통>

지원대상		사회서비스명	정부지원액(월)	본인부담금(월)
대상자 성명	생년월일			

본인부담금납부계좌	이용권 유효기간	지원내역

장애인활동지원수급자인 경우

활동지원등급	등급	인정점수	점
급여의 종류 및 내용	[ ] 활동보조 [ ] 긴급활동지원 [ ] 방문목욕 [ ] 방문간호		
월 한도액	월 원	기본급여	월 원
		추가급여	월 원
본인부담금	월 원	기본급여	월 원
		추가급여	월 원
본인부담금 납부계좌			
급여개시일			
유 효 기 간	. . . ~ . . .		
수급자격심의위원회의견			

* 서비스 제공기관 : 이용안내문 참조

2. 사회서비스 이용권 발급 안내

- 사회서비스를 이용하기 위해서는「국민행복카드」가 필요합니다.

※ 희망e든카드를 보유하고 계신 분은 향후 이용권 재발급 신청시까지 희망e든카드를 계속 사용하실 수 있으며, 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분도 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사* 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.
  * BC카드(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 롯데카드, 삼성카드
- 다만, 카드사를 통한 국민행복카드 발급이 부적절한 경우에는 예외적으로 사회보장정보원에서 국민행복카드가 발급될 수 있습니다.
- 궁금한 사항은 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축 4번) 또는 보건복지부 콜센터(129)로 문의하시기 바랍니다.

3. 본인부담금 납부

사회서비스 이용권을 이용하기 위해서는 사업별로 지정된 방법으로 본인부담금을 매월 말일까지 납부해야 합니다.

- 노인돌봄종합서비스, 가사·간병방문지원사업, 장애인활동지원사업 : 사회보장정보원 지정 계좌
- 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회서비스, 기타 사회서비스 : 제공기관 지정 계좌

※ 장애인활동지원사업의 본인부담금은 기본급여의 본인부담금과 추가급여의 합으로 계산되며, 긴급활동지원, 「국민기초생활 보장법」의 수급자 는 본인부담금이 면제됩니다.
또한, 장애인활동지원사업의 차상위계층 또는 「의료급여법」의 수급자는 시행규칙 [별표 6]에 따라 기본급여의 본인부담금은 6%미만에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액이 되고, 추가급여의 본인부담금은 면제됩니다.

※ 발달장애인 주간활동서비스나 방과후돌봄 서비스의 경우 본인부담금이 없습니다.

4. 서비스 개시 및 이용

사회서비스 이용권(국민행복카드) 수령 후 지정된 계좌에 본인부담금을 납부하면 다음달 1일부터 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 단, 노인돌봄종합서비스 중 '단기가사서비스'의 경우는 본인부담금 납부 다음 날부터 서비스 이용이 가능합니다.
- 장애인활동지원급여 이용 시 기본급여와 추가급여를 합한 총 월 한도액 범위 내에서 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용은 본인이 부담합니다.
- 장애인활동지원 수급자인 발달장애인이 주간활동서비스 수급자가 되는 경우 장애인활동지원급여가 감액됩니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(기저귀 또는 기저귀와 조제분유(조제이유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.
  ※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 "전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)" 또는 "국민행복카드 해당 카드사 콜센터"에서 확인할 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 바우처 포인트는 여성청소년 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 '여성청소년 보건위생물품 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(생리대)을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에

대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.

※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 “전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)” 또는 “국민행복카드 해당 카드사 콜센터”에서 확인할 수 있습니다.

5. 지원제한

지역사회서비스투자사업은 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.

6. 이용자 준수사항

- 사회서비스 이용권은 반드시 이용자 본인이 보관·관리하여야 하며, 제공인력 또는 제3자가 소지하게 해서는 안됩니다.
- 서비스 이용도중 신청자격의 변동이 발생한 경우에는 즉시 시·군·구(읍·면·동 주민센터)에 신고해야 하며, 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 서비스 제공이 중단되거나 부당하게 지급받는 서비스 비용이 환수될 수 있습니다.
- 사회서비스 이용권을 위법·부당하게 이용한 경우 법에 의거 형사 처벌을 받을 수 있습니다.
- 지역사회서비스투자사업과 가사·간병방문지원사업은 연속하여 2개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우 자격이 시·군·구청장 직권으로 중지될 수 있습니다.
- 이용자 신고내용, 행정기관 확인조사 결과, 사회서비스 이용권 제공계획 변경 등에 따라 이용자 자격 또는 서비스 내용이 변경될 수 있습니다.
- 장애인활동지원 수급자격을 갱신하고자 할 경우에는 이용권 유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지의 기간에 특별자치도·시·군·구에 신청하여야 합니다.
- 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제3항에 따라 「국민기초생활 보장법」 제32조의 다른 보장시설에 입소한 경우, 금고 이상의 실형을 선고 받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」의 교정시설, 「치료감호 등에 관한 법률」의 치료감호시설에 수용중인 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속 된 경우 및 「의료법」 제3조의 의료기관에 30일 초과하여 입원 중인 경우, 「장애인복지법」 제32조에 따른 장애 제1급, 제2급 및 제3급에 해당하지 아니하게 된 경우 및 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 비슷한 급여를 받는 경우에는 활동지원 급여 제공이 중단되며, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제1항 및 제2항에 의거 활동지원급여를 받고 있거나 받을 수 있는 사람이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 수급자로 선정 된 경우와 제42조 및 제43조에 따른 자료의 제출 및 질문검사요구를 거부·방해·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우에는 활동지원급여가 중단됩니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 지원을 받는 기간 동안, 영아의 사망, 가족 수 및 소득의 증감 등 변동사항이 있는 경우 14일 이내 보건소로 신고하여야 하며, 변동내용에 따라 바우처 포인트에 변동(증감)이 있을 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 동 가정의 영아양육에만 사용되어야 하며, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 지원을 받는 기간 동안, 청소년의 사망, 수급자 자격 변동 등 지원자격 변동사항이 있는 경우 14일 이내 읍면동주민센터로 신고하여야 하며, 변동내용에 따라 바우처 포인트 사용이 정지될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업을 통해 구매한 생리대 등 보건위생물품을, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 구매 시 기저귀 또는 조제분유를 함께 구매할 경우 각각 나누어 별도 결제하여야 여성청소년 보건위생물품 바우처 포인트를 지원 받을 수 있습니다.

[2 면]

□ 대 상 제 외

신 청 내 용	보 장 구 분		급여·서비스 내 용	
대 상 제 외 사 유	□ 소득인정액이 선정기준 초과 □ 부양의무자의 부양능력 있음 □ 수급자격심의결과 수급자격 미인정 □ 기타( )			
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사심의한 결과 위와 같은 사유로 사회보장급여의 실시 대상에서 제외된 것으로 결정되었습니다. 2. 이후 소득·재산, 부양의무자, 장애, 질병, 거동불편 등 개인 또는 가구여건 등의 변화 등의 변동으로 생활이 어려워져 사회보장급여가 필요할 경우(저소득층 기저귀 조제분유 지원의 경우 영아가 24개월 미만일 경우, 여성청소년 보건위생물품 지원의 경우 여성청소년이 만11세 이상 만18세 미만일 경우)에는 다시 신청하실 수 있으며, 보장기준에 적합할 시는 사회보장급여를 제공 받을 수 있음을 알려드립니다.			

□ 변경·정지·중지·상실

□ 변 경	일 자	년 월 일 부터 / 내 용
	사 유	□ 아동보호를 위한 보호자변경 □ 소득·재산·임대차계약·근로능력 변동 □ 가구원의 사망·출생·현역입대·교정시설 수용 등의 가구원 변동 □ 가구원의 전·출입 등 거주지 변동 등 □ 조제분유 추가지원 □ 기타( )
□ 정 지	일 자	년 월 일 부터 / 내 용
	사 유	□ 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우 □ 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우 □ 해외체류기간 90일 이상 지속된 경우(기초연금, 장애인연금의 경우 60일 이상) □ 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외) □ 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우 □ 기타( )
□ 중 지	일 자	년 월 일 부터 / 내 용
	사 유	□ 소득인정액이 선정기준 초과 □ 부양의무자의 부양능력 있음 □ 보장시설입소, 교정시설 수용 등 주거실태의 변동 □ 최근 6개월간 통산 90일초과 해외체류(장애인활동지원수급자의 경우 해외체류기간 60일 이상, 유아학비의 경우 해외체류기간 31일 이상) □ 보호대상자의 급여 중지 요청 □ 보장기관 등의 자료제출 요구 및 조사를 거부·기피·방해하거나 거짓 자료를 제출한 경우 □ 장애인활동지원수급자가 의료기관에 30일을 초과하여 입원중인 경우 □ 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 유사한 급여를 받는 경우 □ 지급받은 임차료를 타 용도로 사용하여 3月이상 월차임을 연체 □ 기타( )
□ 상 실	일 자	년 월 일 부터 / 내 용
	사 유	□ 사망 □ 기초연금법 제3조제3항, 장애인연금법 제4조제3항에 따른 직역연금 수급권 발생 □ 아동수당법 제4조제1항에 따른 아동의 수급연령 초과(생후 71개월이 되는날) □ 국적상실 □ 국외이주 □ 소득·재산 등 선정기준 초과 □ 장애등급의 변경으로 중증장애인(장애인활동지원수급의 경우 1급~3급) 미해당 □ 난민법제18조에 의한 난민인정자 중 난민인정이 취소 또는 철회된 자 □ 기타( )

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[3 면]

비 고	※ 처리기한 경과사유 등

1. 사회보장급여 신청(변경) 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.
2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.
   1) **기초생활보장** : 통지를 받은 날로부터 90일 이내 해당 보장기관을 거쳐 시·도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 처분에 대한 이의신청은 특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감을 말함)에게, 시·도지사 또는 시·도교육감의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 90일 이내에 보건복지부장관, 국토교통부장관 또는 교육부장관에게 서면 또는 구두로 신청
   2) **한부모가족, 장애인복지, 장애인활동지원, 영유아보육, 유아학비** : 결정 통지받은 날로부터 **90일** 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   3) **장애인연금** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   4) **기초연금** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 또는 국민연금공단에 신청
   5) **아동수당** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   6) **사회서비스이용권(바우처)** : 결정 통지받은 날로부터 60일 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청(저소득층 기저귀 조제분유 지원의 경우 20일 이내, 여성청소년 보건위생물품 지원의 경우 20일 이내)
   7) **차상위계층 확인** : 시장·군수·구청장의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내 해당 시장·군수·구청장을 거쳐 시·도지사에게, 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내에 보건복지부장관에게 구두 또는 서면으로 신청
   8) 다른 법률에 규정이 없는 경우 「민원처리에 관한 법률」 제35조에 의해 결정을 통지 받은 날로부터 **60일 이내** 처분청에 이의신청을 할 수 있습니다.
3. 위 결정사항에 대해서 이의신청과는 별도로 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(결정이 있었던 날부터 180일 이내) 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사 소속 행정심판위원회에 **서면 또는 온라인(www.simpan.go.kr)으로** 행정심판을 제기할 수 있습니다.
4. 수급기간 중 인적사항 및 소득재산 변동, 지급정지 사유의 소멸 등 변동사항 발생 시 시·군·구(읍·면·동)에 신고하시기 바랍니다.

년 월 일

담 당 자 : 직급 성명

문의 전화번호

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 직인

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 5호] 사업운영 자체 서식 ☞ 사회보장급여 결정 통지서의 별지 안내문 – 1

저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 이용 안내문

1. 바우처 지원 결정통지를 받은 이용자에게는 결정통지가 된 다음날, 이용자 본인 소유의 국민행복카드에 3개월 단위로 바우처 포인트가 지급됩니다(기저귀 월 6만4천원, 조제분유 월 8만6천원).

2. 바우처가 지급된 날부터 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(기저귀 또는 기저귀와 조제분유(조제이유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
   ※ 시중에 판매되고 있는 죽 형태의 이유식(기타 영유아식) 등은 조제이유식에 포함되지 않아 **결제 불가능**

3. '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 외의 품목을 구매하거나 지급된 포인트를 초과하여 구매할 경우 그 초과액은 본인이 부담하여야 하므로, 개인별 바우처 잔액 현황 등을 수시로 확인하시기 바랍니다.

※ 바우처 잔액, 사용기간 등 확인 방법
- 바우처 잔액, 지원만료기간 등 문자알림서비스 : 바우처 생성시(3개월)마다 및 사용만료 1~2개월 전(1회) 실시 (통신 및 연락처 오류·수신거부 등으로 문자가 수신되지 않을 수 있으며, **문자수신 연락처 변경 시 즉시 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)로 변경 신청하셔야 문자서비스를 받으실 수 있습니다.**)
- 사회서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr) 마이페이지 또는 국민행복카드 해당 카드사 콜센터

4. 정부지원금 결제가 가능한 구매처는 국민행복카드와 가맹계약을 체결한 곳으로, 각 카드사(BC, 삼성, 롯데)별 구매처를 반드시 확인하신 후 구매하시기 바랍니다(**카드사별 구매처가 다름에 유의**).

〈 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 바우처 결제 가능 구매처 〉

국민행복 카드사	구 매 처	
	온라인(인터넷)	오프라인(마트)
BC카드	우체국쇼핑몰, G마켓, 옥션	나들가게(전국 170여개 지정점) 이마트
삼성카드	삼성카드 쇼핑몰	이마트
롯데카드	롯데 올마이쇼핑몰	롯데마트

- 이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가
- 나들가게 지정점 현황은 '나들가게 홈페이지(www.nadle.kr)→ 우리동네 나들가게→ 기저귀조제분유 바우처 점포'에서 확인

5. 보건소에서 이용자에게 발급한 "사회보장급여 결정 통지서"에 명시되어 있는 **"이용권 유효기간"이 종료되는 날의 다음날부터 바우처가 소멸되어 사용이 불가능**하오니, 이용에 차질이 없도록 유의하여 주시기 바랍니다.

6. 결제 취소시 바우처 포인트는 2~3일 후에 복원되므로 복원 전 결제시 본인부담으로 진행될 수 있으며, 과실 또는 부주의로 소멸된 바우처는 복원되지 않으니 주의하시기 바랍니다.

7. 본 사업의 지원을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 대상 가정의 영아 양육에만 사용되어야 하며, **다른 용도나 방법으로 사용할 경우 지원금 전액이 환수 조치**될 수 있습니다. 또한, 바우처로 구매한 기저귀·조제분유를 제3자에게 판매하여 대가를 취득하는 행위는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조 제1항 중 '속임수 등의 부정한 방법으로 사회보장급여를 받거나 타인에게 받게 한 경우'에 해당하여 지원금 환수 등의 조치 및 동법 제54조 제3항의 벌칙(징역, 벌금)이 적용될 수 있습니다. 이 경우 **수급자격이 취소되고 잔여 지원기간 동안 재신청이 불가함**을 알려드립니다.

[서식 6호] 사업운영 자체 서식 ☞ 사회보장급여 결정 통지서의 별지 안내문 - 2

저소득층 기저귀·조제분유 온라인 쇼핑몰 결제방법 안내

〈 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 바우처 결제 가능 구매처 〉

국민행복 카드사	구 매 처	
	온라인(인터넷)	오프라인(마트)
BC카드	우체국쇼핑몰, G마켓, 옥션	나들가게(전국 170여개 지정점) 이마트
삼성카드	삼성카드 쇼핑몰	이마트
롯데카드	롯데 올마이쇼핑몰	롯데마트

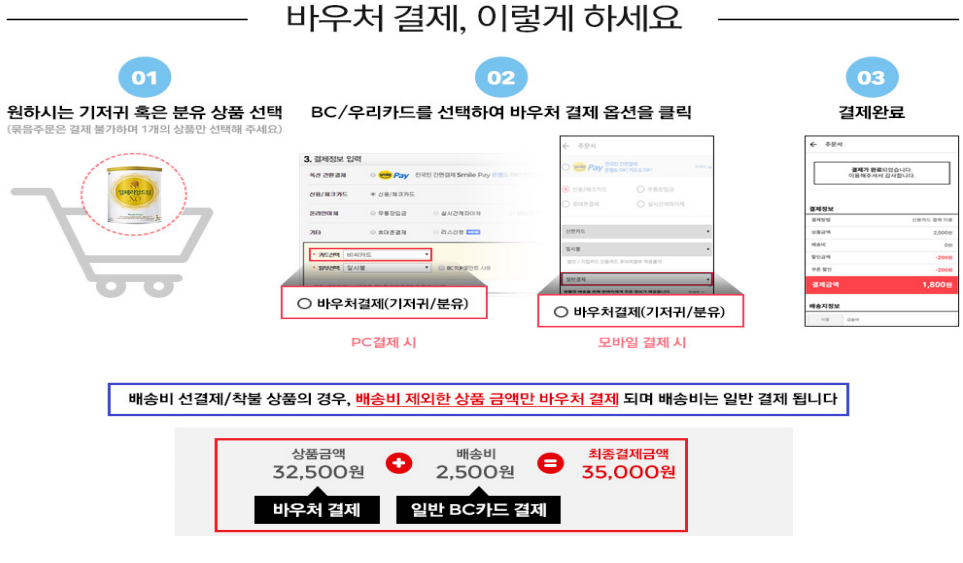
· **이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가**

※ 옥션

① 좌측 전체카테고리 > 식품 마트 유아 >유아용품 > 기저귀/분유/유아식 선택 후 상품 선택

② 결제수단 선택 > 신용/체크카드 > 카드선택에서 비씨카드 선택 > **바우처결제(기저귀/분유)선택**

[화면]

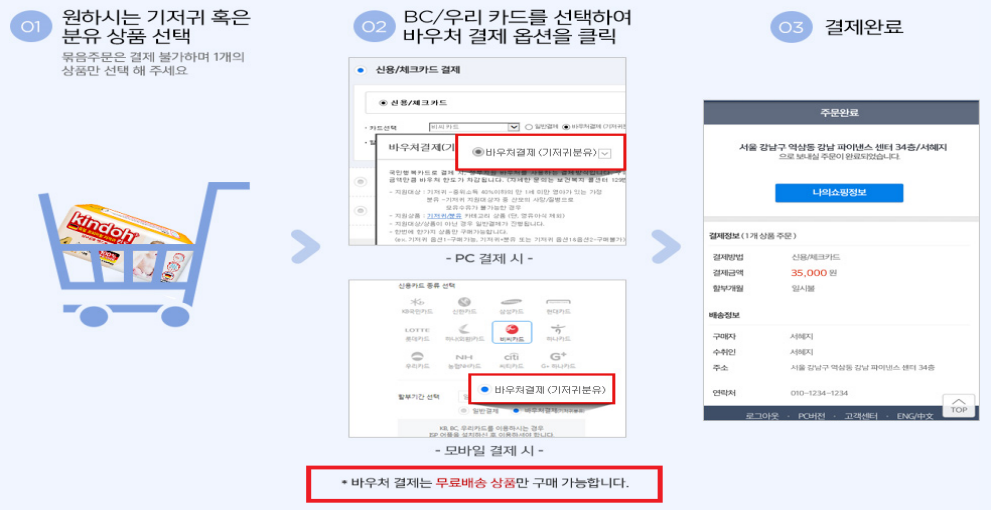


※ G마켓

① 좌측 전체카테고리 유아동 > 기저귀/분유/유아식 > 기저귀분유 바우처혜택에서 원하는 기저귀/분유 상품 선택

② 결제수단 선택 > 신용/체크카드 > 카드선택에서 비씨카드 선택하고 일반결제와 바우처결제(기저귀분유)에서 **바우처결제(기저귀분유) 선택**

[화면]



- 배송비는 바우처로 결제되지 않음

단, 배송지역이 제주인 경우 배송비(도선료) 발생으로 바우처로 결제되지 않음

※ 우체국쇼핑

① 좌측 전체카테고리 > 스포츠/레저/유아동 > 복지부 물품 바우처 또는 바우처기저귀/분유 선택

② 물품 선택 > 주문하기 > 결제정보선택 > 신용카드(일반) > 카드종류(BC국민행복카드) 선택

※ 삼성카드 쇼핑몰

물품 선택(국민행복바우처상품) > 결제수단 선택 > 국민행복카드 바우처결제(기저귀/분유) 선택체크

- 바우처 결제시 바우처 한도차감 안내문구 팝업

[화면1]

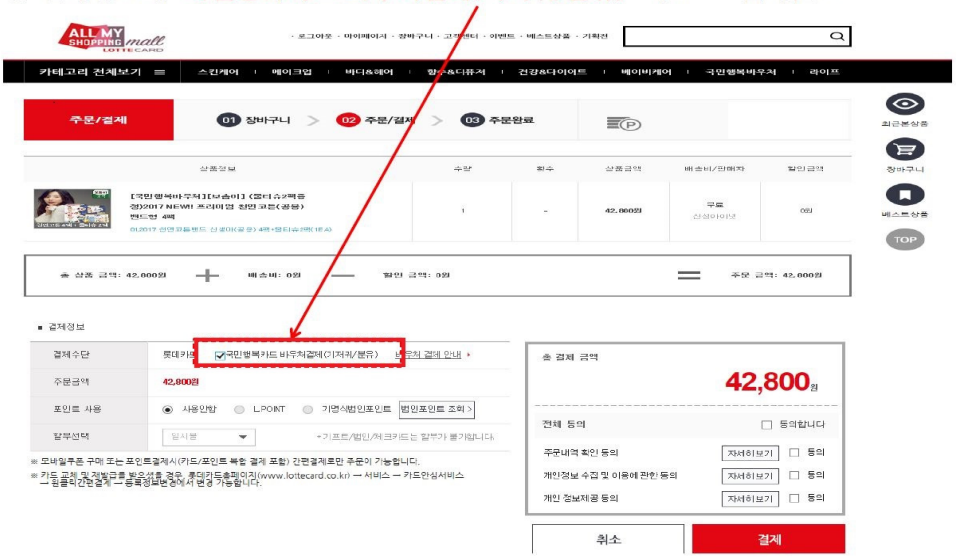
[화면2]

※ 롯데 올마이쇼핑몰

① 올마이쇼핑몰에 접속(https://shop.lottecard.co.kr) > 카테고리 “국민행복바우처” 클릭 > “국민행복바우처”內 물품 선택

② 결제정보 > 국민행복카드바우처결제(기저귀/분유) 선택

○ 결제정보에 “국민행복카드 바우처결제(기저귀/분유)” 체크 -> 결제완료



[서식 7호] 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시[별지 제12호서식] 〈개정 2019.1.1.〉

이 의 신 청 서

처리기간 별도안내

신청인	성 명		주민등록번호 (외국인등록번호)		
	주 소	(전화번호 :)			
대리 신청인	성 명		주민등록번호 (외국인등록번호 등)		신청인과의 관계
	주 소	(전화번호 :)			
처분내용	□ 선정 □ 보장변경/중지/정지/상실 □ 환수 □ 기타				
처분이 있음을 안 연월일	년 월 일				
처분통지를 받은 경우 통지를 받은 연월일	년 월 일				
처분의 내용 또는 통지된 사항					
이의신청 취지 및 사유					

「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조, 「국민기초생활 보장법」 제38조, 「한부모가족지원법」 제28조, 「긴급복지지원법」 제16조, 「기초연금법」 제22조, 「장애인복지법」 제84조, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제36조, 「의료급여법」 제30조제1항, 「장애인연금법」 제18조, 「장애아동복지지원법」 제38조, 「아동수당법」 제19조, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제12조제1항 및 「민원사무처리에 관한 법률」 제18조에 따라 위와 같이 이의신청을 합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사시장·군수·구청장·교육감 귀하

안 내	1. 기초생활보장 및 차상위계층 확인서 발급의 경우 시장·군수·구청장(교육급여의 경우 시·도교육감)이 이의신청을 접수한 날로부터 10일 이내에 이의신청에 대한 의견서와 관계서류를 첨부하여 시·도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 처분에 대한 이의신청은 특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감)에게 송부합니다. 다만, ① 기초연금 결정에 대한 이의신청은 접수한 날로부터 30일 이내(단, 특별한 사유가 있는 경우에는 60일이내), ② 의료급여 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 이의신청은 60일 이내(30일 범위 내 연장가능), ③ 한부모가족지원 및 장애인복지 관련 이의신청의 경우에는 30일 이내, ④ 장애인연금 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내), ⑤ 장애인활동지원은 접수한 날로부터 60일 이내(30이 범위 내 연장가능), ⑥ 장애아동가족지원, 장애아가족양육지원 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단,특별한 사유가 있는 경우에는 60일이내), ⑦ 발달장애인 주간활동지원, 방과후돌봄 지원 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단,특별한 사유가 있는 경우에는 60일이내), ⑧ 영유아보육지원은 접수한 날로부터 30일 이내, ⑨ 아동수당지원은 접수한 날로부터 30일(단,특별한 사유가 있는 경우에는 60일이내)이내, ⑩ 사회서비스이용권 발급 관련 이의신청은 접수한 날로부터 15일 이내 결정통지 처리합니다. 2. 기초생활보장 및 차상위계층 확인서 발급의 경우 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청서를 받았을 때(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 경우에는 직접 이의신청을 받았을 때를 말한다) 30일 이내에 처리합니다. 다만, 긴급복지지원 관련 이의신청의 경우 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청을 송부 받은 날로부터 15일 이내에 처리합니다. 3. 다른 법률에 규정이 없는 경우 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조에 의해 처분을 받은 날로부터 90일 이내에 처분을 결정한 보장기관의 장에게 이의신청을 할 수 있으며, 이의 신청을 받은 보장기관의 장은 접수한 날부터 10일이내에 처리합니다.
구비서류	1. 이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서류 1부 2. 신청인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류 3. 위임장 및 대리인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류(기초연금관련 이의신청을 대리하는 경우에만 해당합니다)
수수료 없음	

210㎜×297㎜ 일반용지 60g/㎡(재활용품)

저소득층 기저귀·조제분유 지원 사업 Q&A

지원신청 절차

Q 1. 아직 영아 출생신고를 완료하지 않았습니다. 기저귀·조제분유 지원신청이 가능한가요?

A 불가능합니다. 바우처 지원을 받으려는 가구의 영아는 반드시 출생신고가 완료되어 주민등록번호를 받은 경우여야 합니다.

Q 2. 대상 영아의 부모가 건강 또는 직장 등의 사정으로 신청이 어려운 경우에는 할머니 등 친족의 대리신청이 가능한가요?

A 가능합니다. 영아를 양육하는 부모가 일시적인 사유로 신청이 어려운 경우에는 할머니 등 친족이 관계증빙서류(예. 가족관계증명서)를 지참하고 관할 보건소 또는 주민센터에 방문하여 대리신청 하실 수 있습니다.

Q 3. 시설 입소 영아가 기저귀 및 조제분유 지원을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

A 영아가 입소한 시설의 장(대표자) 또는 근무자가 영아의 가구원으로 등록이 되어야 바우처를 사용할 수 있으며, 영아와의 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본, 시설아동증빙서류 등을 준비하여 신청하시면 지원이 가능합니다.

Q 4. 위탁가정 또는 시설에 입소한 영아가 지원기간 동안 입양될 경우, 어떻게 해야 하나요?

A 지급 중인 바우처는 입양 시 중지되어야 하며, 입양 후 입양가정에서 재신청하여야 합니다. 다만, 해당 입양 아동 또는 그 가정이 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격을 보유한 경우, 신청·접수 담당자는 시스템 상 중지처리 하지 않고 바우처 지원 자격을 유지하여야 합니다. (보유 자격 관련 증명서 또는 확인서 조회·확인 및 인적사항 등 정보 변경 필요)

Q 5. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 아동의 경우 「의료급여법」에 따라 1종 의료급여(특례) 자격을 보유하고 있는데, 기저귀 및 조제분유 지원신청이 가능한가요?

A 입양 아동이 보유하게 되는 1종 의료급여(특례)는 「의료급여법」 상 자격이므로 해당 자격만으로는 기저귀 지원대상에 포함되지 않습니다. 다만, 해당 입양 아동 또는 그 가정이 1종 의료급여(특례) 자격 외에 국민기초생활보장법 상 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격을 보유한 경우, 기저귀 및 조제분유를 동시에 신청하여 지원받을 수 있습니다.

바우처 사용

Q 1. 서비스 신청 당일부터 바우처 사용이 가능한가요?

A 아닙니다. 서비스 신청을 완료하셨더라도 지원대상으로 결정 통보된 날의 다음 날부터 사용할 수 있습니다.

Q 2. IBK기업은행 국민행복카드를 소지하고 있습니다. 국민행복카드를 추가로 발급 받아야 하나요?

A IBK기업은행 등 국민행복카드를 이미 발급받으신 분은 국민행복카드 추가 발급 없이 기존 국민행복카드 활용이 가능합니다.

Q 3. IBK기업은행과 우체국 국민행복카드를 소지하고 있습니다. 기저귀·조제분유 지원을 받으려면 어떤 카드로 결제해야 하나요?

A BC 국민행복카드면 어떤 카드로든 결제 가능합니다.

기저귀·조제분유 지원신청을 통해, 기 발급받거나 발급될 예정인 BC 국민행복카드에 자동으로 기저귀·조제분유 기능이 추가됩니다.

Q 4. BC카드, 삼성카드 두 개의 국민행복카드를 소지하고 있는 경우, 어떤 카드로 결제해야 하나요?

A 두 개의 국민행복카드 모두 병행(바우처 공유)하여 사용할 수 있습니다.

Q 5. 영아의 어머니가 귀화하여 변경된 주민등록번호로 카드를 재발급 받았습니다. 어떻게 해야 하나요?

A 서비스 신청 당시의 주민등록번호가 아닌 변경된 주민등록번호로 카드를 재발급 받은 경우, 바우처 사용이 불가능합니다. 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)를 방문하시어 주민등록번호 변경 신청을 해주셔야 사용이 가능합니다.

Q 6. 바우처 카드를 재발급 받았는데 바로 사용이 가능한가요?

A 아닙니다. 바우처 카드 재발급 신청 후 실물카드를 받으셨다 하더라도 재발급 신청 정보가 연계되는데 영업일 기준 2~3일 정도 소요되오니 그 이후 사용을 권장합니다.

Q 7. 기저귀 지원 대상자입니다. 정부지원금으로 조제분유 구매가 가능한가요?

A 불가능합니다. 기저귀만 지원받는 대상자는 기저귀 구매 시에만 정부지원금 사용이 가능하며, 국민행복카드로 조제분유를 구매할 경우 그 비용은 자동으로 대상자 개인에게 청구되오니 유의하시기 바랍니다.

Q 8. 기저귀와 조제분유 동시 지원 대상자입니다. 조제분유 지원금액을 기저귀 구매에 사용해도 되나요?

A 가능합니다. 기저귀와 조제분유를 동시에 지원받는 대상자는 지원금액 전부를 기저귀 또는 조제분유 구매에 자유롭게 이용할 수 있습니다. 예를 들어, 기저귀 및 조제분유 지원금액이 각각 월 6만4천원과 월 8만6천원이므로, 합계 월 15만원 범위 내에서 기저귀 또는 조제분유를 자유롭게 구매할 수 있습니다.

다만, 15만원을 초과하여 구매한 금액에 대해서는 자동으로 대상자 개인에게 청구되오니 유의하시기 바랍니다.

Q 9. 배송비도 바우처로 결제 가능한가요?

A 옥션, G마켓 등 온라인 사이트를 통한 구매 시 발생하는 배송비는 바우처로 결제할 수 없으며, 본인부담금으로 결제됩니다. 발급받으신 국민행복카드가 체크카드이고 해당 카드와 연계된 계좌 잔액으로 배송비를 결제할 수 없는 경우 바우처 결제가 불가능하오니 사용에 유의하여 주시기 바랍니다.

Q 10. 바우처 잔액 · 다음 바우처 생성일 · 이용기간 종료일 등은 어떻게 확인하나요?

A 본 사업 특성상 3개월에 한번씩 3개월치 바우처가 일괄 생성되며, 기저귀·조제분유 지원금액, 바우처 잔액, 다음 바우처 생성일, 이용기간 종료일(결제가능기간) 등은 사회서비스 전자바우처 포털 사이트(www.socialservice.or.kr), 바우처사업 콜센터(1566-3232, 단축 4번)을 통해 확인하실 수 있습니다. 또한, 지원금액 및 바우처 잔액은 카드사 콜센터(BC카드 1588-4000 또는 각 은행 콜센터, 롯데카드 1588-8100, 삼성카드 1588-8700)를 통해서도 수시로 확인 가능합니다. 단, 포털 사이트를 통해 확인하실 경우 서비스 지원 대상자가 영아이므로 영아의 정보로 회원가입하신 후 로그인하여 마이페이지에서 확인하시기 바랍니다.

Q 11. 이용기간 종료일 전에 안내 메시지를 받을 수 있나요?

A 바우처 생성시(3개월)마다 및 이용기간 종료일 1~2개월 전(1회)에 신청 당시 등록하셨던 휴대폰 번호로 이용기간 만료 안내 메시지(이용기간 종료일 및 바우처 잔액)를 보내드립니다.

등록된 휴대폰번호로 메시지가 전송되므로 이용 도중 문자수신 연락처 변경 시 즉시 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)로 변경 신청을 해주셔야 안내 받으실 수 있습니다.

다만, 통신 및 연락처 오류·수신거부 등의 사유로 메시지가 전송되지 않을 수 있으니 포털 사이트 등 기타 방법으로 이용기간 종료일을 확인하시기 바랍니다.

Q 12. 바우처 포인트가 남아있었는데 이용기간이 종료되어 소멸되었습니다. 바우처 포인트를 사용할 수 없나요?

A 지원대상 영아의 월령(0~24개월) 및 바우처 지급 시가 아닌 지원대상자의 기저귀 등 구매 시에 예산이 집행되는 점 등 예산의 효율적 운영·관리 측면을 고려하여 서비스 이용기간이 종료되는 날의 다음 날부터 바우처가 소멸되며, 이미 소멸된 바우처의 복구 및 재사용은 불가합니다.

Q 13. 바우처 잔액이 있는데 결제가 되지 않는 경우, 어떻게 해야 하나요?

A 바우처 잔액이 있음에도 불구하고 다음과 같은 사유로 결제가 되지 않을 수 있습니다.

① 지원물품 외 다른 물품을 구매하는 경우, ② 바우처 결제가 아닌 일반 결제를 선택하는 경우, ③ 바우처 잔액보다 초과 결제하려는 경우, ④ 배송비를 결제하고자 하나 연동된 계좌에 잔액이 부족한 경우, ⑤ 정보원과 카드사 간 잔액 전송과정에서 누락이 발생한 경우 등

①~④의 경우 사유별로 재확인 후 결제 부탁드리며, ⑤의 경우에는 바우처사업 콜센터(1566-3232, 단축 4번) 또는 카드사 콜센터(BC카드 1588-4000 및 각 은행 콜센터, 롯데카드 1588-8100, 삼성카드 1588-8700)를 통해 바우처 잔액 확인 요청을 해주시기 바랍니다.

기타

Q 1. 기저귀 바우처를 지원받고 있는 대상자인데, 신청 당시 보유 자격(차상위계층 등)을 상실하였습니다. 어떻게 해야 하나요?

A 지원기간 동안 기초생활보장·차상위계층·한부모가족 수급 자격 등에 변동이 있을 경우 14일 이내에 보건소로 신고하여야 합니다. 보유 자격 등의 지원신청 자격기준을 부정한 방법으로 조작하여 급여를 받은 경우, 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금이 환수될 수 있습니다.

Q 2. 포털 사이트 회원가입이 안 돼요. 어떻게 해야 하나요?

A 서비스 지원대상자로 결정 완료된 영아만 회원가입이 가능합니다. 회원가입이 되지 않는 경우 관할 보건소 또는 주민센터에 신청 여부를 확인하시고 안내받으시기 바랍니다.

Q 3. 지원대상자의 주민등록번호·카드정보·연락처 등 인적사항 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?

A 보건소 또는 주민센터 신청·접수 담당자는 인적사항 변경 신청(신고)을 받았을 때 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.

별첨 1 바우처 지원금액 확인방법(서비스 이용자용)

1. 사회서비스전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr) 접속

2. 영아의 정보로 **로그인**

〈 회원가입 방법 〉

○ 기저귀·조제분유 지원사업의 **이용자(영아)의 이름으로 회원가입 필요**

– 회원가입 〉 포탈회원가입(14세미만 선택) 〉
'이용약관 및 개인정보 수집동의', '개인정보 수집 및 이용에 대한 안내' 동의 선택 〉
본인확인(이름, 주민등록번호 입력) 〉 기본정보 입력 〉 기입완료

3. 마이페이지(①) 〉 **바우처서비스 이용현황**(②) 클릭

4. 신청정보에서 기저귀조제분유지원(③) 확인

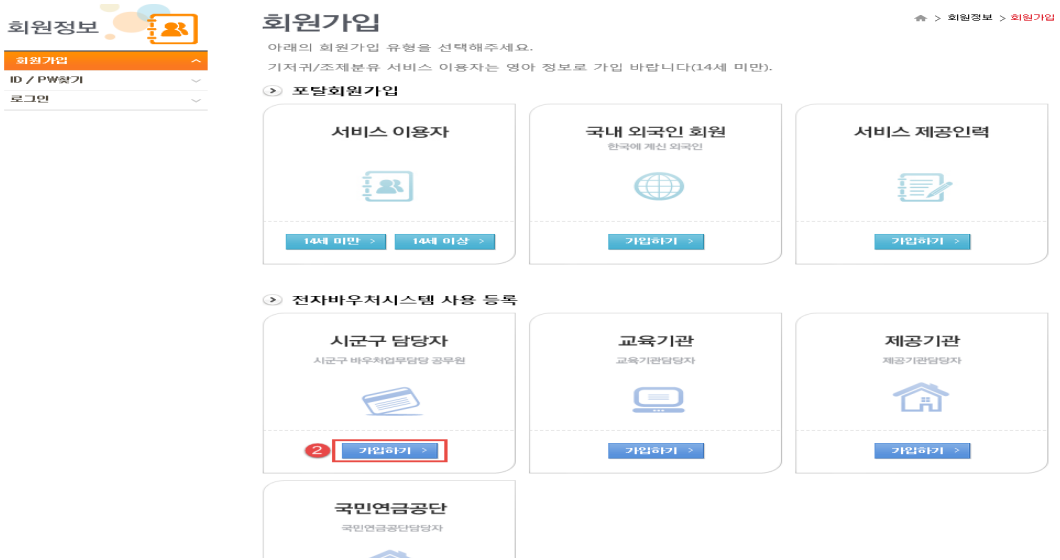
* 바우처 총보유금액, 총사용금액, 잔액, 다음바우처생성예정일, 결제가능기간 제공

별첨 2 전자바우처시스템 회원가입 및 접속 방법(시도·시군구 담당자용)

1 회원가입 절차(홈페이지>회원가입)

① 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에 접속 → 우측 상단의 「회원가입」 선택

② 회원정보 > 회원가입 메뉴 선택 → 전자바우처시스템 사용등록 > 시군구 담당자 「가입하기」 선택



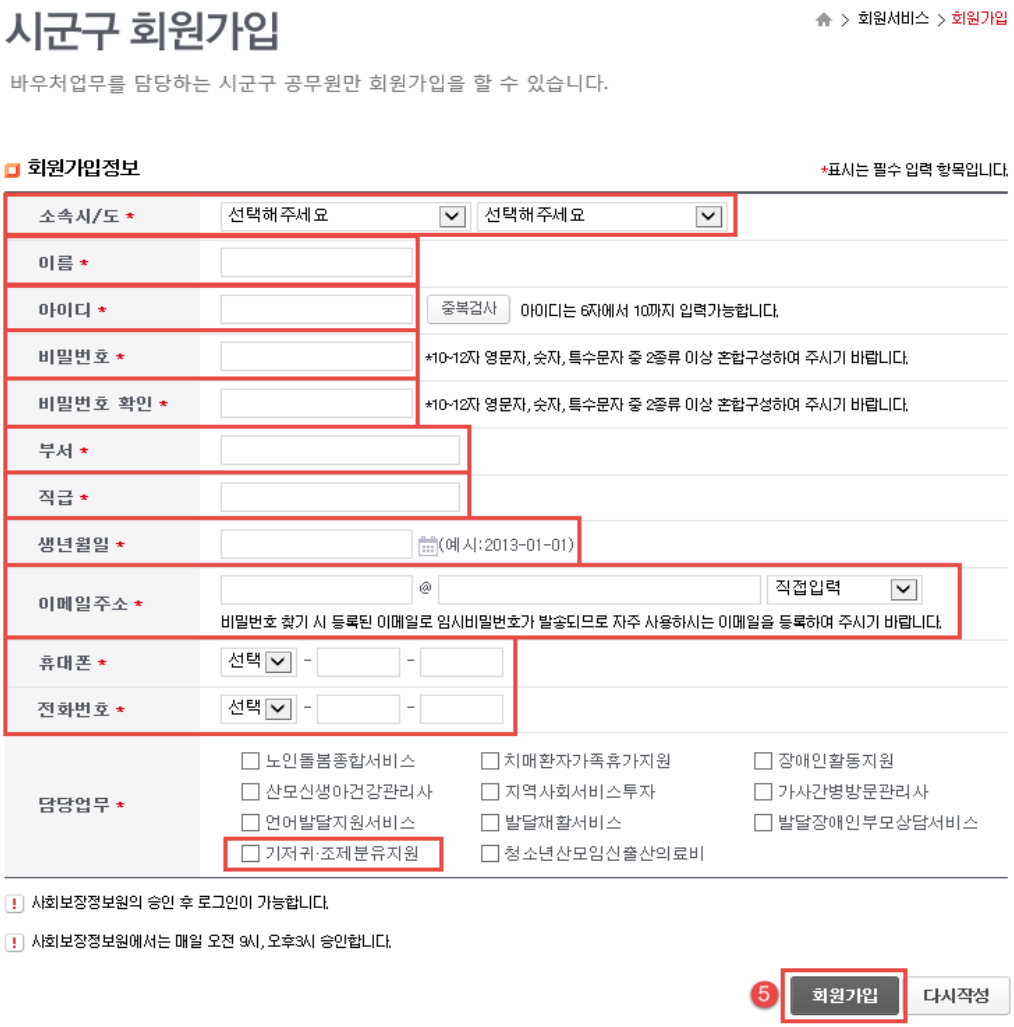
③ '개인정보 수집 동의 및 이용안내'에 대한 내용 확인 후 '동의함' 선택

④ 본인확인 절차를 거친 후, 기본정보입력화면으로 이동

⑤ 기본정보입력 단계에서 '*'로 표시되어있는 필수입력항목은 모두 입력 → **'회원가입'** 선택 → 회원가입 완료

- 필수입력항목 : 소속 시/도, 이름, 아이디, 비밀번호, 부서, 직급, 생년월일, 이메일주소, 휴대폰, 전화번호, 담당업무

* 담당업무 : 기저귀·조제분유지원

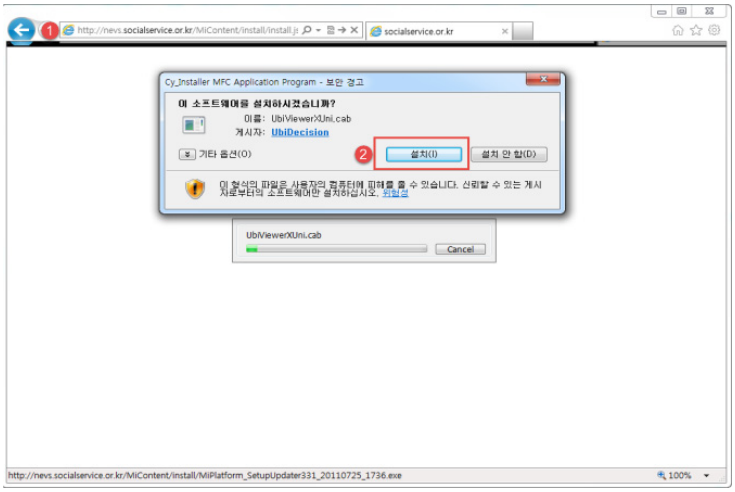

시군구 회원가입
> 회원서비스 > 회원가입
바우처업무를 담당하는 시군구 공무원만 회원가입을 할 수 있습니다.
회원가입정보
*표시는 필수 입력 항목입니다.
소속시/도 *
선택해주세요
선택해주세요
이름 *
아이디 *
중복검사
아이디는 6자에서 10까지 입력가능합니다.
비밀번호 *
*10~12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다.
비밀번호 확인 *
*10~12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다.
부서 *
직급 *
생년월일 *
(예시:2013-01-01)
이메일주소 *
@
직접입력
비밀번호 찾기 시 등록된 이메일로 임시비밀번호가 발송되므로 자주 사용하시는 이메일을 등록하여 주시기 바랍니다.
휴대폰 *
선택
전화번호 *
선택
담당업무 *
노인돌봄종합서비스
치매환자가족휴가지원
장애인활동지원
산모신생아건강관리사
지역사회서비스투자
가사간병방문관리사
언어발달지원서비스
발달재활서비스
발달장애인부모상담서비스
기저귀·조제분유지원
청소년산모임신출산의료비
사회보장정보원의 승인 후 로그인이 가능합니다.
사회보장정보원에서는 매일 오전 9시, 오후3시 승인합니다.
5
회원가입
다시작성

2 전자바우처시스템 설치

회원가입 완료 후 http://nevs.socialservice.or.kr/MiContent/install/install.jsp 로 접속하여 시군구 전자바우처시스템 설치

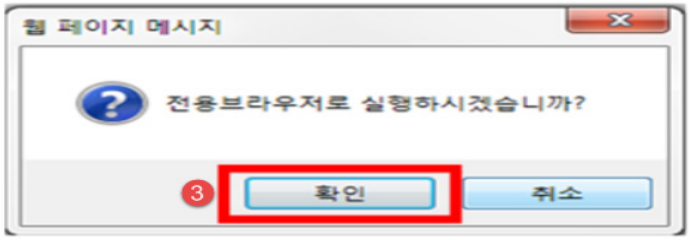
① http://nevs.socialservice.or.kr/MiContent/install/install.jsp로 접속, MiPlatform 설치

② 설치창이 나타나면 **'설치'** 버튼 선택

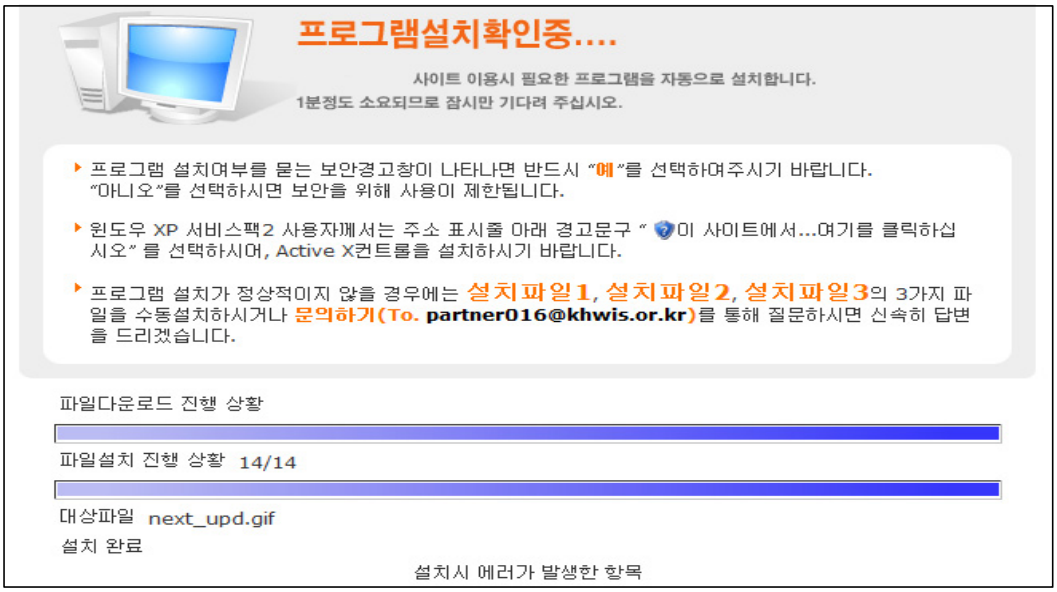


※ 설치창이 나타나지 않을 경우,
인터넷옵션 –〉 개인정보 –〉 사용자 지정수준 –〉 팝업 차단 사용 – 사용 ON

③ 전용브라우저 실행창이 나타나면 **'확인'** 버튼 선택



④ 프로그램 설치가 완료되면 바탕화면에 접속 아이콘이 생성



⑤ 아이콘을 더블클릭하여 **'전자바우처시스템'**에 접속

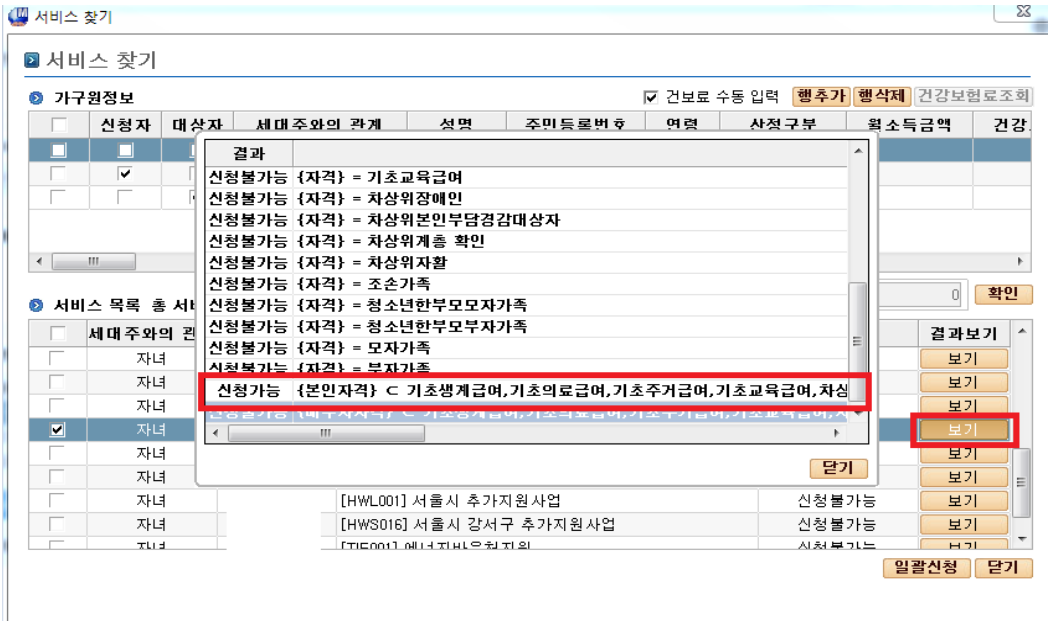
별첨 3 기저귀·조제분유 지원사업 행복e음 시스템 이용 매뉴얼(시군구 담당자용)

■ 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 가구원 자격확인 매뉴얼

1. 서비스 찾기

- 신청자, 대상자 체크 후 확인 버튼 클릭
- 대상자의 자격이 기초*, 차상위*, 한부모*이면 기존과 동일하게 신청가능
- 가구원 중 대상자(자녀)의 '세대주와의관계'가 '본인' 또는 '배우자'인 경우 본인 또는 배우자의 자격이 기초*, 차상위*, 한부모*이면 신청가능하고, 결과보기에서 본인 또는 배우자의 자격으로 신청가능 여부 확인 가능 (단, 조손가족은 대상자(외/손)의 '세대주와의관계'가 '본인' 또는 '배우자'일 경우 본인 또는 배우자의 자격으로 신청가능)

* 기초(기초생계/기초의료/기초주거/기초교육급여)
차상위(차상위계층확인/차상위장애인/차상위본인부담경감대상자/차상위자활)
한부모(청소년한부모모자/청소년한부모부자/모자/부자/조손가족)

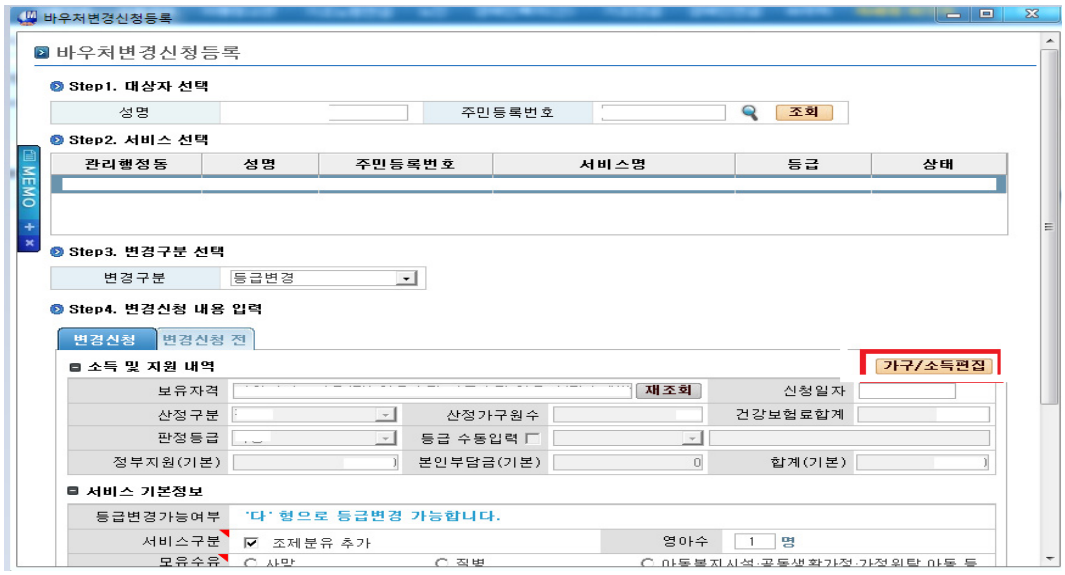


2. 바우처 신청

- 등급판정 버튼 클릭 후 바우처등급 확인

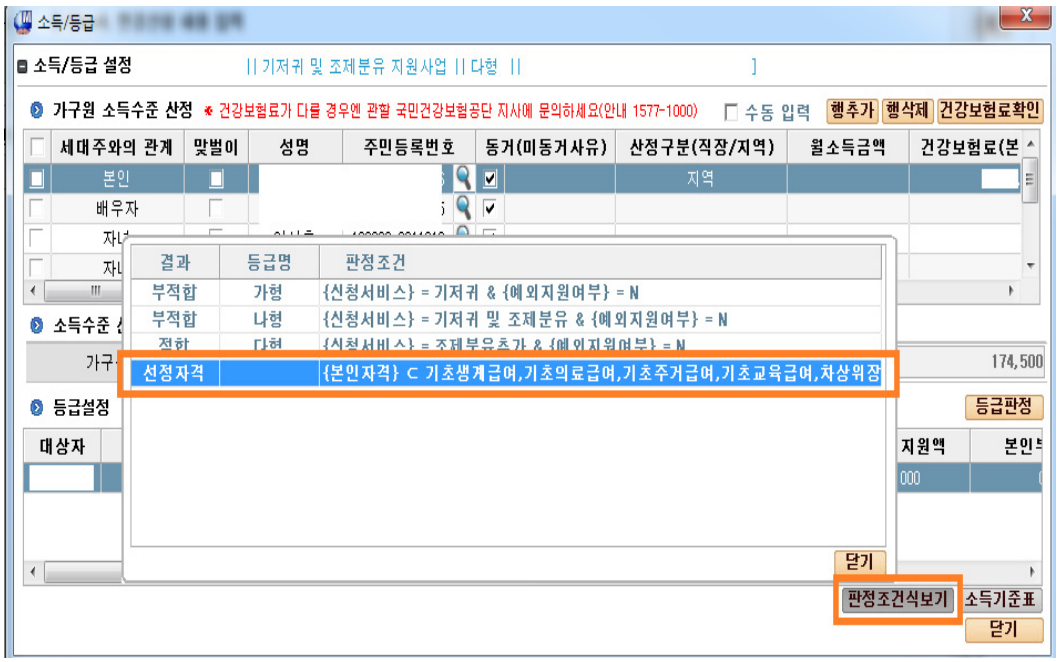
3. 바우처 변경신청

- 가구/소득편집 버튼 클릭



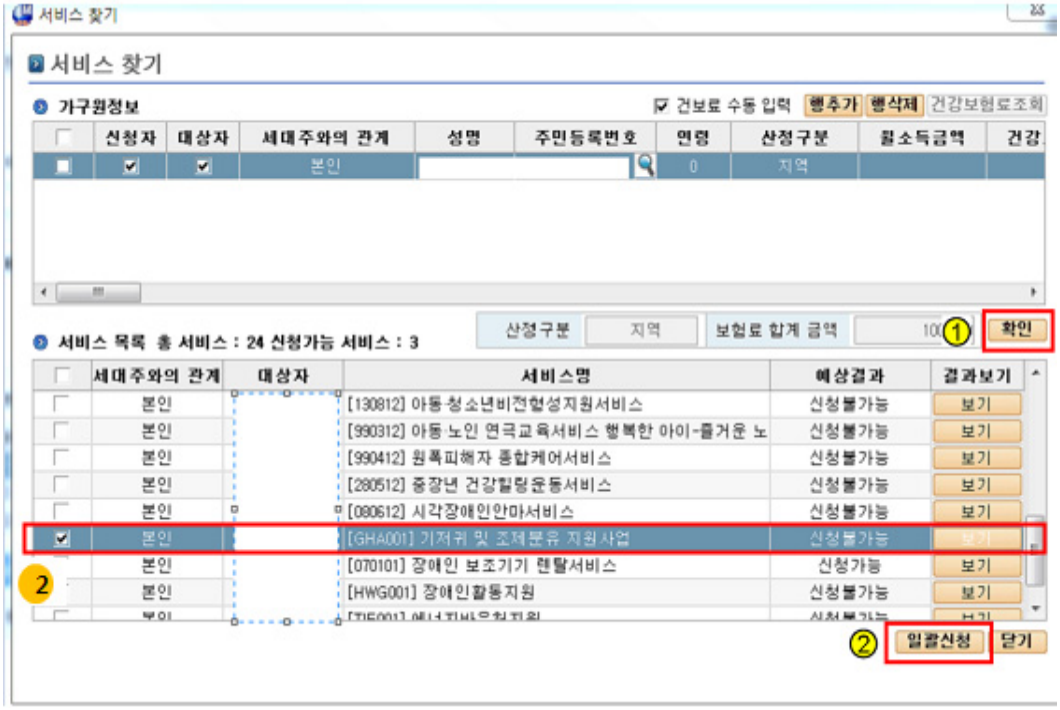
- 등급판정 버튼 클릭 후 바우처등급 확인

- 판정조건식보기에서 결과 및 판정조건(선정조건) 확인 가능



■ 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 등급수동입력 매뉴얼

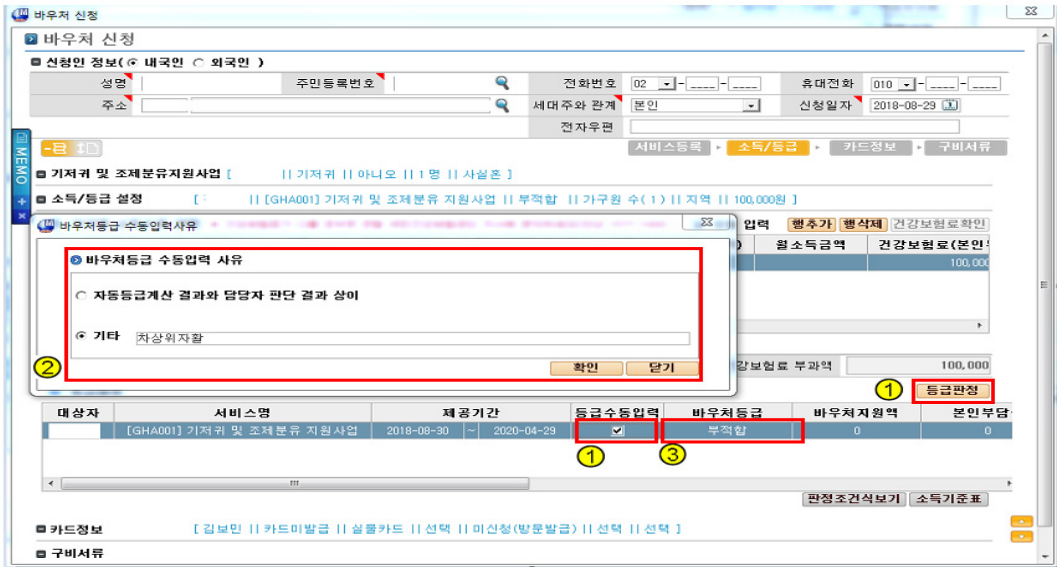
1. 서비스 찾기



① 서비스 찾기에서 가구원정보 확인 후 확인버튼을 클릭하면 서비스별로 예상결과를 보여준다.

② 예상결과에서 신청불가능으로 표시되어도 신청은 가능하므로 서비스 선택 후 일괄신청을 클릭한다.

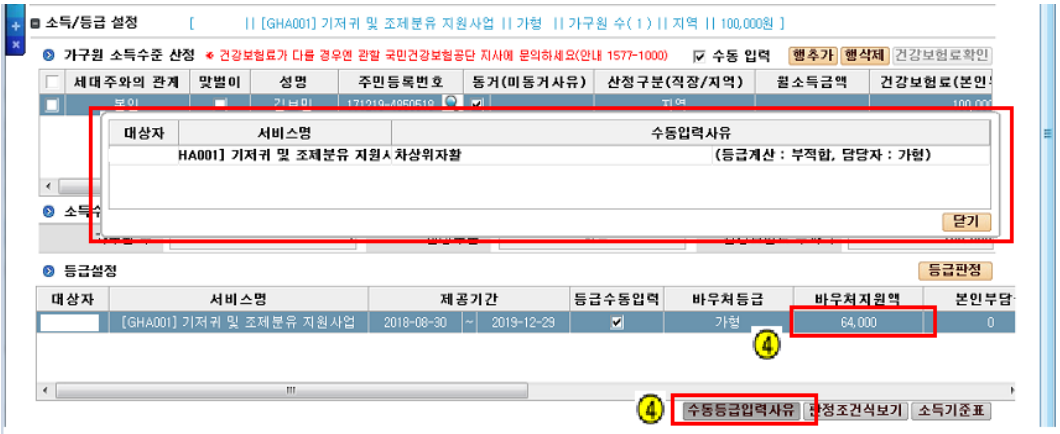
2. 신청 시 등급수동입력 방법



① 등급판정을 클릭한 후 바우처등급이 부적합으로 나오면 등급수동입력 체크BOX를 체크한다.

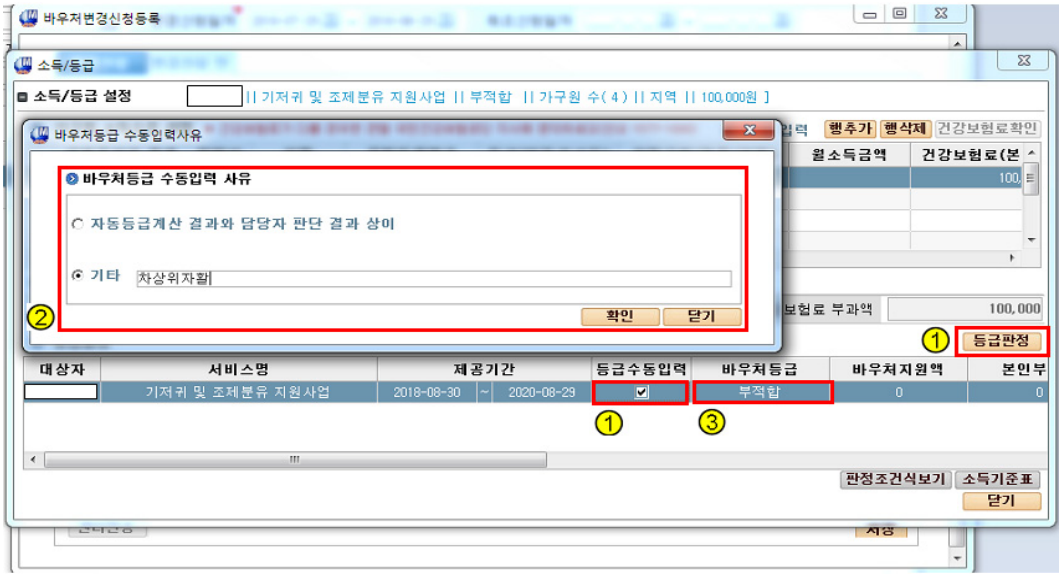
② 기타를 체크하고 적합판정 사유를 입력한다.

③ 바우처등급 부적합을 클릭하고, 가·나·라(예외지원)·마(예외지원)형 중 해당되는 등급을 선택한다.



④ 등급을 선택한 후 바우처지원액이 맞는지 확인하고, 수동등급입력사유를 클릭하면 사유를 확인할 수 있다.

3. 변경신청 시 등급수동입력 방법

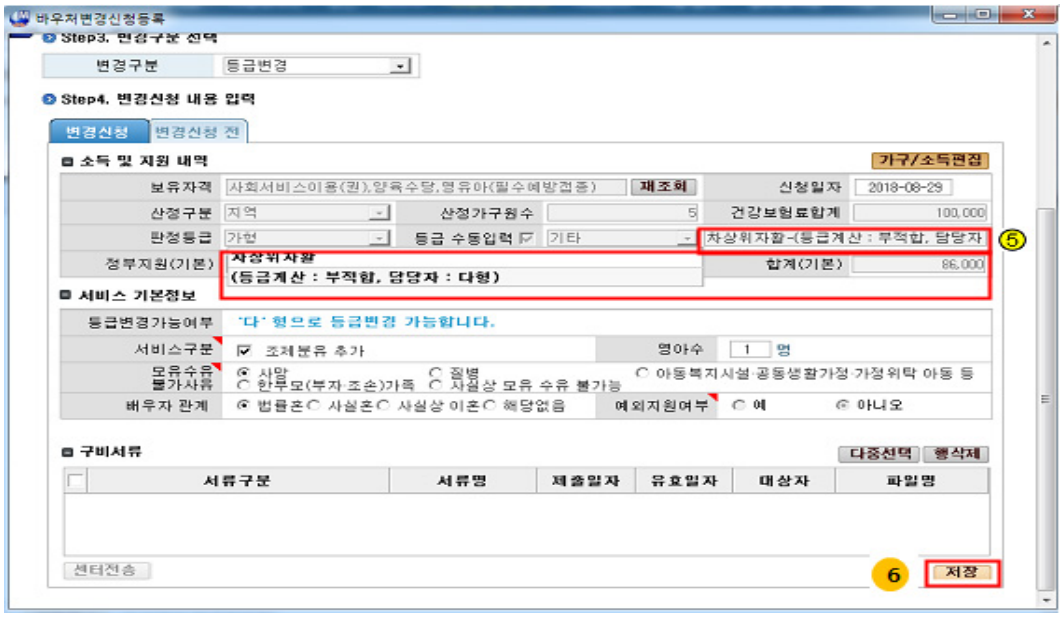


① 등급판정을 클릭한 후 바우처등급이 부적합으로 나오면 등급수동입력 체크BOX를 체크한다.

② 기타를 체크하고 적합판정 사유를 입력한다.

③ 바우처등급 부적합을 클릭하고, 다·바(예외지원)형 중 해당되는 등급을 선택한다.

④ 등급을 선택한 후 바우처지원액이 맞는지 확인하고, 닫기 버튼을 클릭한다.

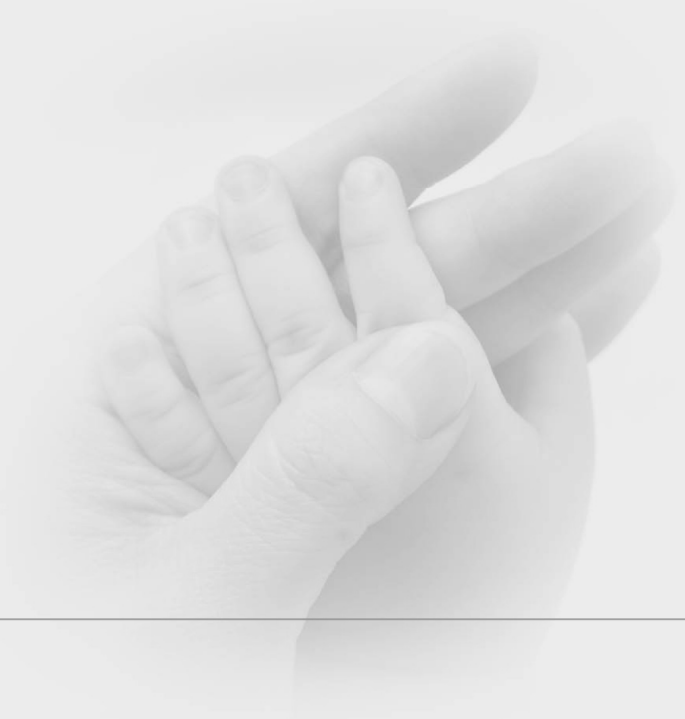


⑤ 수동등급입력사유 항목에 마우스를 올려놓으면 기타에 작성한 사유와 등급을 확인할 수 있다.

⑥ 저장버튼을 클릭하여 변경신청을 완료한다.

Ⅷ 보고서식 등

1. 사업별 정산보고 양식
2. 사업별 실적보고 양식
3. 일반서식(참고)
부 록



Ⅷ. 보고서식 등

1 사업별 정산보고 양식 (※ 엑셀파일로 작성)

가. 사업일반

● 사업명 :

(단위 : 개소, 명, 원)

시·도명	교 부 액		집 행 액		집행 잔액 (불용액)	비 고
	사업량	금 액	사업량	금 액		

※ 인원 : 실인원

나. 선천성대사이상검사 및 환아관리비

(단위 : 명, 원)

시·도명		교 부 액		집 행 액		집행잔액 (불용액)	비 고
		사업량	금 액	사업량	금 액		
합 계							
선천성대사이상 검사비							
확진 검사비							
환 아 관리비	소 계						
	페닐케톤뇨증						
	갑상선기능저하증						
	기 타						

※ 교부액 및 집행잔액은 음영 부분의 합계란만 기재

다. 미숙아 및 선천성 이상아 의료비지원

(단위 : 명, 원)

시·도명		교 부 액		집 행 액		집행잔액 (불용액)	비 고
		사업량	금 액	지원수	금 액		
합 계							
미숙아	소 계						
	2.5미만~2.0kg						
	2.0미만~1.5kg						
	1.5kg 미만						
	임신 37주 미만 (2.5kg 이상)						
선천성 이상아							

※ 교부액 및 집행잔액은 음영 부분의 합계란만 기재

2 사업별 실적보고 양식 (※ 엑셀파일로 별도 송부)

가. 보건소 임산부·영유아 등록현황(반기보고)

- 시·도명 :

구 분	상반기	하반기	누 계
임부 등록 계			
신규			
퇴록			
영유아 등록 계			
신규 0~1월			
신규 1~12월			
신규 1~5세			
퇴록			

나. 임산부 · 신생아 사망 사산 보고

* 통계청〈사망원인 보완조사시스템〉(http://www.narastat.kr/cod)을 사용하여 보고할 것

대 상 자							임신주수 · 체중 및 사망 · 사산 원인				
①구분 1.임산부 2.신생아 3.사 산	②성명 *사산은 모의 성명	③성별 남 여 불확실	④주민등록 번호 *사산은 모의 주민 등록번호 *(신생아 사망의 경우 생년월일)	⑤ 주 소	⑥사망 사산일시 __년 __월 __일	⑦사망 사산장소 1..의료기관 2.병원이송중 사망 3. 주택 4. 기타	⑧~⑩ 임신주수 및 체중 1.임신__주 또는 분만후__일, 주 2.임신__주 출산 출생시 g 3.임신__주 사산 사산시 g	⑧~⑩ 사망·사산원인			
								임산부 · 모체		태아 · 신생아	
								진단1	진단2 ~ 진단3	진단1	진단2 ~ 진단3

다. 미숙아 및 선천성이상아 출생 현황(반기보고)

대 상 자							임신주수 · 체중 및 사망 · 사산 원인				
①구분 1.임산부 2.신생아 3.사 산	②성명 *사산은 모의 성명	③성별 남 여 불확실	④주민등록 번호 *사산은 모의 주민 등록번호 *(신생아 사망의 경우 생년월일)	⑤ 주 소	⑥사망 사산일시 __년 __월 __일	⑦사망 사산장소 1..의료기관 2.병원이송중 사망 3. 주택 4. 기타	⑧~⑩ 임신주수 및 체중 1.임신__주 또는 분만후__일, 주 2.임신__주 출산 출생시 g 3.임신__주 사산 사산시 g	⑧~⑩ 사망·사산원인			
								임산부 · 모체		태아 · 신생아	
								진단1	진단2 ~ 진단3	진단1	진단2 ~ 진단3

3 일반서식(참고)

[별지 제1호 서식]

<table>
<tr><td colspan="5">(임산부·영유아신고서
수첩재발급신청서)</td><td>처리기간
즉시</td></tr>
<tr><td>① 임 산 부
(영유아) 성 명</td><td></td><td>② 생년월일</td><td></td><td>③ 배 우 자
(신고자) 성명</td><td></td></tr>
<tr><td>④ 주 소</td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td>⑤ 임신·분만
사 항</td><td colspan="2">. . . (임신
분만)</td><td>⑥ 기 타
참고사항</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">「모자보건법」 제8조제1항 및 같은 법 시행규칙 (제2조제1항
제3조제4항) 의 규정에

의하여 위와 같이 (신고
신청) 합니다.

년 월 일

신고인 :
신청인 : (서명 또는 인)

귀하</td></tr>
<tr><td colspan="5">※ 첨부서류 : 없음</td><td>수수료
없음</td></tr>
</table>

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

[별지 제2호 서식]

(임산·영유아) 신고사항통지서

보내는 사람

□ □ □ - □ □ □

요금별납

기관장	
기관명	
소재지	

받는사람

□ □ □ - □ □ □

특별자치도지사
귀하
시장·군수·구청장

접는선

(임산·영유아) 신고사항보고서

①임산부 (영유아) 성명		②생년월일		③배우자 (신고자) 성명	
④주 소	시·도 시·군·구 읍·면·동 번지 (전화)				
⑤신고내용	임신	개월주		⑥신고일자	
	영유아	년개월			

접는선

(접는 뒤쪽)

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제3호서식〕

모자보건수첩발급대장

①수첩 발급번호	②발급 연월일	③임산부 영유아성명	④생년월일	⑤ 세대주 성명	⑥주소	⑦ 임신주수	⑧ 진단기관명	⑨ 변동사항

268mm×193mm(인쇄용지(2급) 60g/㎡)

[별지 제7호서식]

의 료 기 관 명

수신자
(경유)

제 목 **임산부·신생아 사망·사산보고**

「모자보건법」제8조제3항 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 임산부·신생아 사망·사산사항을 아래와 같이 보고합니다.

<table>
<tr><td rowspan="6">대상자</td><td>① 구 분</td><td colspan="4">□ 임산부 사망 □ 신생아 사망 □ 사산</td></tr>
<tr><td>② 성 명
(사산은 모의성명)</td><td colspan="2"></td><td>③ 성 별</td><td>□ 남 □ 여 □ 불확실</td></tr>
<tr><td colspan="2">④ 주민등록번호
(사산은 모의 주민등록번호)
(신생아 사망 경우 생년월일 기재)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>⑤ 주 소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>⑥ 사망·사산일자</td><td colspan="2"></td><td>⑦ 사망·사산
장소</td><td>□의료기관
□병원이송중 사망
□주택
□기타</td></tr>
<tr><td rowspan="4">임신주수·
체중 및
사망·
사산원인</td><td rowspan="2">⑧ 임산부 사망</td><td colspan="2">⑨ 신생아사망</td><td colspan="2">⑩ 사 산</td></tr>
<tr><td>모체측 원인</td><td>신생아측 원인</td><td>모체측 원인</td><td>태아측 원인</td></tr>
<tr><td>임신 ____주 또는
분만후 __일, 주</td><td>임신 주 출산
출생시 g</td><td>임신 주 출산
출생시 g</td><td>임신 주 사산
사산시 g</td><td>임신 주 사산
사산시 g</td></tr>
<tr><td colspan="5">진단1 : ____(질병코드 : ____)
진단2 : ____(질병코드 : ____)

*복합사인의 경우 추가진단명((진단3 : , (질병코드 :)) 등 기재 가능</td></tr>
</table>

끝.

발 신 명 의 [직인]

기안자 직위(직급) 서명 | 검토자 직위(직급)서명 | 결재권자 직위 (직급)서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행일자) | 접수 | 처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소 | / | 홈페이지 주소

전화( ) | 전송( ) / 기안자의 공식전자우편주소 / 공개구분

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

[별지 제8호의2서식]

미숙아 등의 출생보고서

① (출생아 모) 성 명		② (출생아 모) 주민등록번호	
③ 주 소	시·도 시·군·구 읍·면·동 (전화 :)		
④ 분만기관명		⑤ 분만일자	. . .
⑥ 출생시아기체중	g	⑦ 임신기간 : 임신 주에 분만(최종월경일)	
⑧ 분만시 발견된 선천성이상아소견	진단1 : _____(질병코드 : ____) 진단2 : _____(질병코드 : ____) *복합사인의 경우 추가진단명((진단3 : , (질병코드 :)) 등 기재 가능	⑩ 기 타 참고사항	

「모자보건법」 제8조제4항 및 같은 법 시행규칙 제7조의2제1항의 규정에 따라 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

의료기관장 (서명 또는 인)

(요양기관기호 :)

○○특별자치도지사
시·군·구 보건소장 귀하

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제8호의3서식] 〈개정 2014.8.6〉

〔앞쪽〕

미숙아 및 선천성이상아의 등록카드

임산부(영유아) 성명	생년월일	배우자(보호자) 성명
주소		전화번호
사회보장 여부 [ ]건강보험 [ ]국민연금 [ ]산재보험		
공적부조 여부 [ ] 기초생활수급자		
산전진찰 회	진찰장소 [ ]병원급 이상 [ ]의원 [ ]조산원 [ ] 보건소[ ] 기타( )	특기사항(임신중독증)
분만기관명 (전화번호 :)		
임신관련 정보	보조생식술 여부 [ ]체외수정 [ ]인공수정	다태아 여부 [ ]단태아 [ ]쌍태아 [ ]삼태아 이상

임신횟수 회	임신력	분만경험 [ ]미숙아 [ ]저체중아 [ ]선천성이상아	
		[ ]출생 [ ]유산(자연, 인공) [ ]자궁 외 임신 [ ]기타	
분만 시 아기 상태	체중 g	임신기간 ( )주 ( )일	분만상태 [ ]정상분만 [ ]제왕절개
선천성이상 소견			

「모자보건법」 제9조의2 및 같은 법 시행규칙 제7조의2제2항에 따른 등록카드임.

년 월 일

등록인(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지 120g/㎡]

〔뒤쪽〕

등록관리 기록

일자 (월일)	개월 (월령)	신장 (cm)	체중 (g)	건강상태 및 건강진단 결과	가정방문 및 관리내용	보육기·신생아 집중치료실 입원 등	기관명

예방접종 기록

예방접종별 / 접종일	결핵 (BCG)	디프테리아·파상풍·백일해 혼합백신 (DTaP)	소아마비 (Polio)	B형 간염	홍역·볼거리·풍진 혼합백신 (MMR)	기타	접종자 성명
월 일(주)							

주소지 변경기록

주소 이동 기록	제1이동	
	제2이동	
	제3이동	

[별지 제8호의 4서식]

행 정 기 관 명

수신자
(경유)
제 목 미숙아 및 선천성이상아 출생사항보고

「모자보건법 시행규칙」 제7조의2제2항에 따라 미숙아 및 선천성이상아 출생사항을 아래와 같이 보고합니다.

출생아 모		③주소 (전화)	④분만 기관명 (요양기관 기호)	⑤분만 일자	⑥출생시 체중 (g)	⑦임신 기간 (주)	⑧분만시 발견된 선천성이상아 소견		⑨기타 참고 사항
①성 명	②주민등록 번호						진단1	진단2 (진단3)	

끝.

발 신 명 의 직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급)서명 결재권자 직위 (직급)서명
협조자
시행 처리과-일련번호(시행일자) 접수 처리과명-일련번호(접수일자)
우 주소 홈페이지 주소
전화( ) 전송( ) 기안자의 공식전자우편주소 공개구분

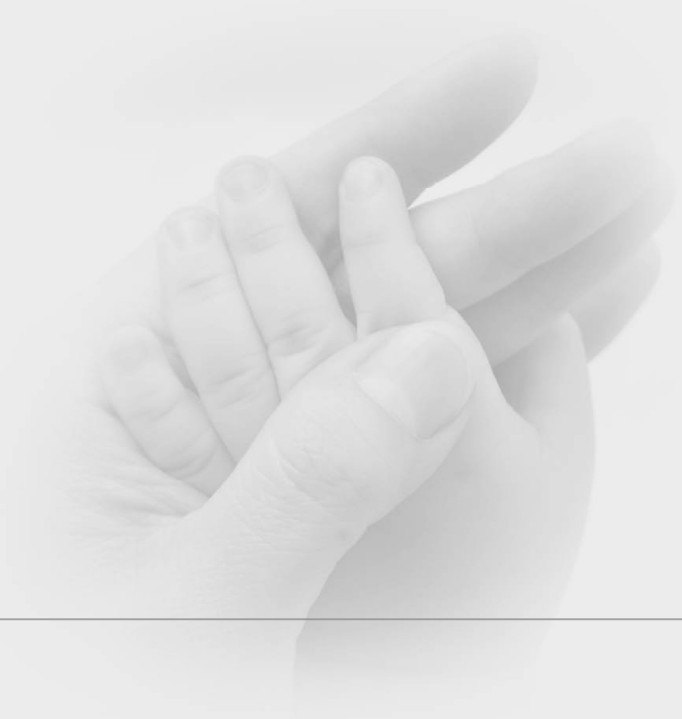
210㎜×297㎜[일반용지 60 g/㎡(재활용품)]

정기보고사항

구 분	보고주기	보고기일	비 고
- 표준모자보건수첩 보급 실적	반기보	반기 익월 15일까지	
- 산후조리원 감염 및 안전사고 예방 활동 결과보고	반기보	반기 익월 15일까지	
- 산후조리원 현황	반기보	반기 익월 15일까지	
- 선천성대사이상검사 및 환아관리 사업실적 및 환아 현황	반기보	반기 익월 15일까지	보고 서식 참조
- 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 현황	반기보	반기 익월 15일까지	
- 신생아 청각선별검사 지원 현황	반기보	반기 익월 15일까지	
- 임산부·영유아 사망·사산보고 *「사망원인보완조사스템」 (http : //cod.survey.go.kr)을 활용하여 보고함	반기보	반기 익월 15일까지	
- 미숙아 및 선천성이상아출생 현황	반기보	반기 익월 15일까지	
- 사업별 정산보고	연 보	2013. 1. 31일까지	

부 록

1. 행정정보공동이용 열람기능 활용 안내



1 행정정보공동이용 열람기능 활용 안내

행정정보공동이용으로 조회하여 열람했던 자료를 출력하지 않고, 열람했던 당시의 자료를 증적 열람을 통해 확인이 가능하며, 결재권자 추가 기능을 통해 다자간 열람이 가능함

[증적 열람 조회]

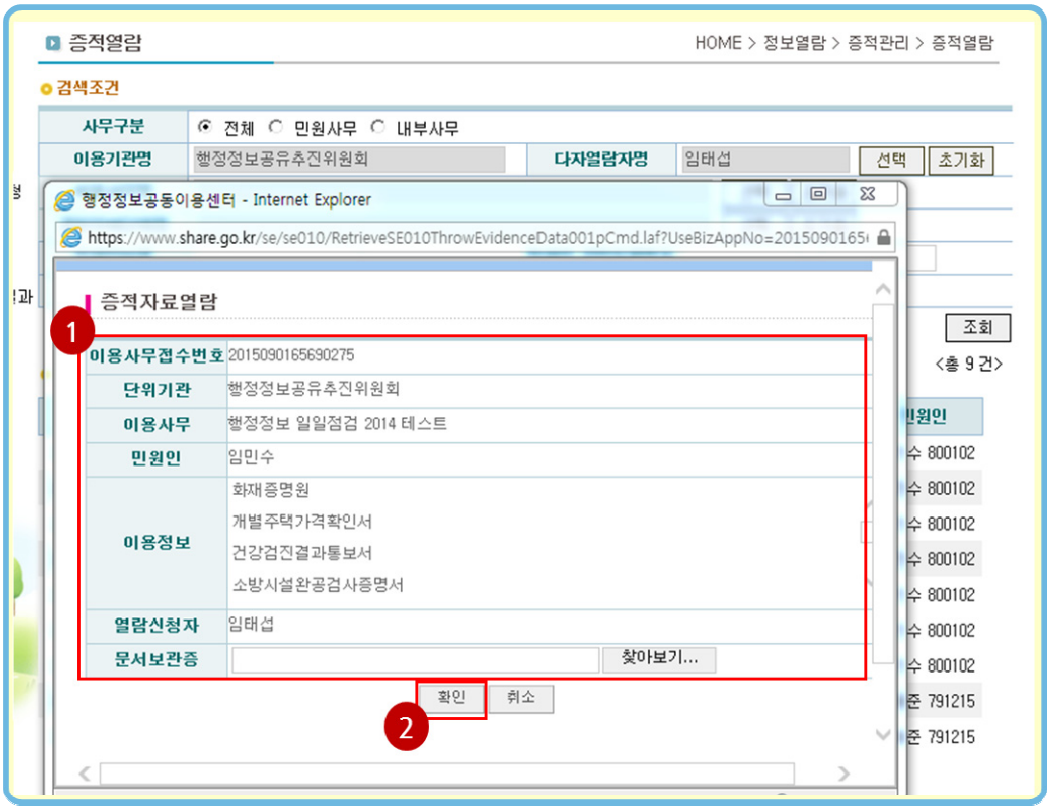
Step.01 증적 열람하기

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 정보열람 ▶ 증적관리 ▶ 증적열람

① www.share.go.kr에 접속하여 정보열람 〉 증적관리 〉 증적열람 메뉴를 클릭합니다.
② 메뉴에서 1번 영역에 이용기간을 설정하고 2번 영역에 검색버튼을 클릭합니다.
③ 검색결과에 나오는 내용이 업무처리담당자가 설정한 이용기간 내에 열람했던 증적내용이 검색되어 집니다. (3번 영역)
④ 3번 영역에 이용사무명 링크를 클릭하여 증적열람을 시도합니다.

Step.02 증적 열람하기

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 정보열람 ▶ 증적관리 ▶ 증적열람



① 이용사무명 링크를 클릭하여 과거에 열람했던 내용이 맞는지 한 번 더 확인합니다.
② 확인 버튼을 클릭하여 과거에 열람하였던 정보를 증적열람 합니다.

Step.03 증적 열람하기

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 정보열람 ▶ 증적관리 ▶ 증적열람

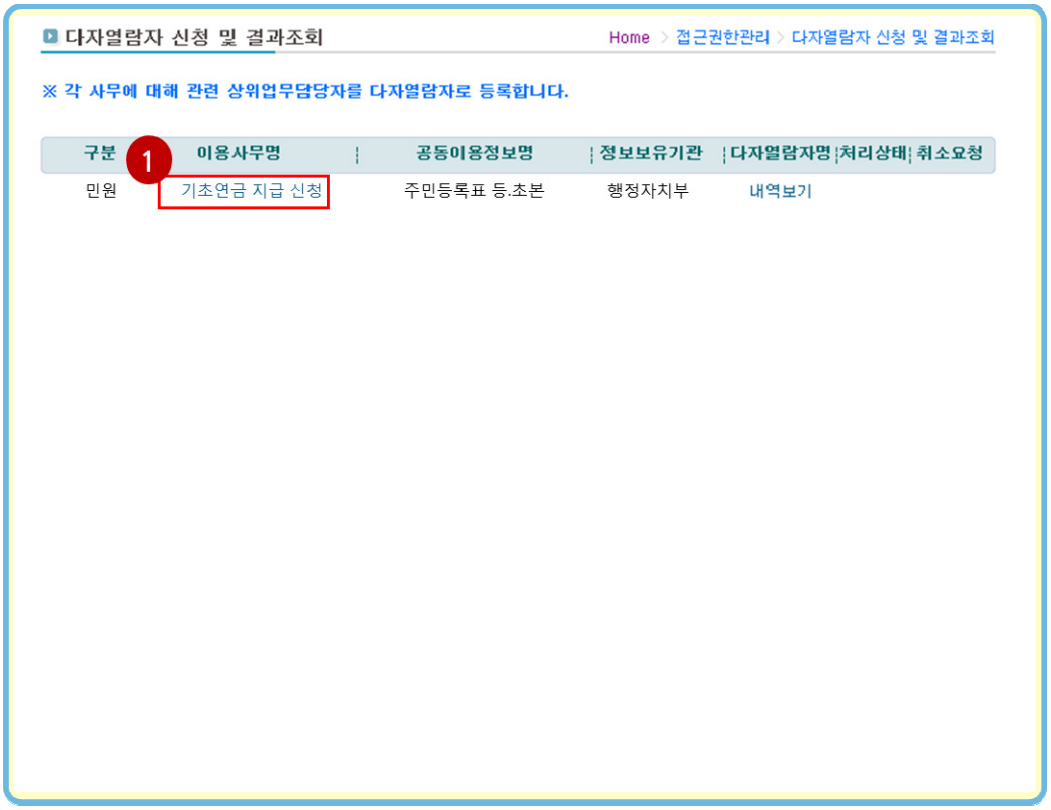
① 과거에 열람했던 증적열람 정보를 확인합니다.

[다자열람 조회하기]

Step.01 다자열람권한 신청 (업무처리담당자)

– 다자열람권한 : 다자열람권한은 한 부서의 업무처리담당자가 열람했던 내용을 그 부서 혹은 같은 권한부여단위의 업무처리담당자들과 열람 내용을 공유하고자 할 때 사용합니다.

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 접근권한관리 ▶ 다자열람자 신청 및 결과조회



① 다자열람 권한을 신청 할 이용사무명 링크를 클릭합니다.

Step.02 다자열람권한 신청 (업무처리담당자)

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 접근권한관리 ▶ 다자열람자 신청 및 결과조회

① 다자열람권한을 지정할 대상자의 부서를 선택합니다. (같은 권한부여단위의 대상자 부서를 선택함)

② 검색 버튼을 클릭합니다.

③ 사용자 목록 리스트에서 지정할 대상자를 클릭합니다.

④ 대상자 정보를 추가 혹은 삭제 버튼을 클릭하여 우측 대상자 목록에 현행화 합니다.

⑤ 신청 버튼을 클릭하여 분임공동이용관리자 혹은 그의 업무보조자에게 신청합니다.

Step.03 다자열람권한 승인 (분임공동이용관리자)

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 분임공동이용관리자 ▶ 다자열람권한승인

① 처리상태를 요청으로 설정하여 검색버튼을 클릭합니다.
② 업무처리담당자가 신청한 다자열람권한 내역을 확인합니다. (업무분장에 근거하여 확인)
③ 승인 혹은 반려 처리를 선택하여 처리버튼을 클릭합니다.

Step.04 다자열람 조회하기(업무처리담당자)

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 정보재열람 ▶ 재열람

① www.share.go.kr에 접속하여 정보재열람 〉 재열람 메뉴를 클릭합니다.
② 다자열람권한을 신청하여 승인 받은 이후에 재열람 메뉴로 들어가게 되면 지정되어 있는 다자열람자들의 정보열람 결과를 확인 하실 수 있습니다.
③ 이용사무명에 링크를 클릭하여 열람결과를 확인합니다.

Step.05 다자열람 조회하기(업무처리담당자)

◉ 메뉴구조 : www.share.go.kr ▶ 정보재열람 ▶ 재열람

① 열람 결과를 확인합니다.