

재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙 일부개정령안

재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제6조제2항 중 ‘지체 없이’를 ‘영 제11조의 지급기준에 따라 지원금액을 결정하고, 그 결정 내역을 제5조제1항에 따라 의료기관등에 지원금액을 직접 지급할 것을 신청한 지원대상자와 제1항에 따른 의료기관등에 각각 별지 제9호서식과 제10호서식에 따라 지체 없이 통보한 후,’로 한다.

별지 제9호서식과 제10호서식을 각각 별지와 같이 신설한다.

별지 제1호서식, 제2호서식, 제3호서식, 제4호서식 및 제6호서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(지원금액 내역 통보에 관한 적용례) 제6조제2항의 개정규정은 이 규칙 시행일 전에 의료기관등이 지원금액을 지급 요청하였으나 이 규칙 시행일까지 지급 받지 못한 경우에도 적용한다.

신·구조문대비표

현 행	개 정 안
제6조(의료기관 등에 대한 지원금 액 지급) ① (생 략) ② 공단은 제1항에 따른 의료기 관등의 지급 요청이 있으면 <u>지</u> <u>체 없이</u> 의료기관등이 지정한 계좌로 지원금액을 지급하여야 한다.	제6조(의료기관 등에 대한 지원금 액 지급) ① (현행과 같음) ② ----- -----영 제11조의 지급기준에 따라 지원 금액을 결정하고, 그 결정 내역 을 제5조제1항에 따라 의료기관 등에 지원금액을 직접 지급할 것을 신청한 지원대상자와 제1 항에 따른 의료기관등에 각각 별지 제9호서식과 제10호서식에 따라 지체 없이 통보한 후, --- ----- -----.

재난적의료비 지급신청서

[] 기초생활 수급자 [] 차상위계층 [] 그 외 지원대상자

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하고 해당 내용 기재하시기 바랍니다.

(3쪽 중 1쪽)

접수번호		접수일		처리기간		30일(연장시 60일)	
환자	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)				
	주소			전화번호 또는 휴대전화번호			
	의료기관명	상병명	상병기호	진료기간(입원/외래)	진료 구분	[] 입원 [] 외래 [] 약국	
대리인	성명		생년월일		전화번호 또는 휴대전화번호		
	유형	[] 가족 [] 친족 [] 이해관계인(환자와의 관계:) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원					
지급 계좌	환자와의 관계	예금주 성명	금융기관명	계좌번호		비고	
	정보수신여부		수신방법				
		[] 동의 [] 동의하지 않음		[] 문자메세지 [] 전자우편()			

진료비 내역						
진료비총액	환자부담금총액	급여			비급여	
		본인부담금 총액	공단부담금 총액	전액본인부담금 총액	선택진료료 총액	선택진료료 이의 총액

첨부: 진료비 영수증(장)
※진료비 영수증의 각 항목 총액을 적습니다. 영수증이 여러 장인 경우 각 항목의 총 합산금액을 적습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시하고, 여타 의료비를 지원 받았거나 받을 수 있는 경우에는 세부내역을 기재합니다.

고지 사항(타 의료비 지원금 등 수령 내역)				
구분	지원금 구분	지원여부	지원일	지원금
국가·지방 자치단체 등의 지원금	[] 암환자 의료비 지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 긴급의료지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 미숙아 선천성 이상아	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 장애입양아동	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 입원명령결핵환자 입원비	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 사회복지공동모금회(긴급지원)	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 기타	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
기타 지원금	[] 민간보험금(보험회사, 공제회, 우체국 등)	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 위험분담약제 환급금	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 산업재해 지원금	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 상해구상금	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 보훈지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	
	[] 기타(개인·단체 후원)	[] 없음 [] 있음	(20 . .) ()	

본인(대리신청인 포함)은 환수조치에 대한 안내, 행정정보 공동이용 동의에 관한 사항 및 유의사항에 대하여 담당 직원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 재난적의료비 지원 신청을 합니다.

※ 미성년자의 경우 친권자 등 보호자가 자필 서명 또는 인으로 대신합니다.

신청인(대리신청인):
신청인과의 관계 :

년 월 일
(서명 또는 인)
(대리신청의 경우)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 환자 기준의 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제1호에 따른 가족관계증명서 등 지원대상자 해당 여부 확인에 필요한 서류(기초생활수급자·차상위계층 제출 제외) 2. 진단서, 입·퇴원 확인서 등 법 제10조제1항 각 호에 따른 진료 등의 사실 확인에 필요한 서류 3. 진료비·약제비 영수증, 진료비 영수증에 대한 전제(비급여 포함) 세부내역 등 영 제2조에 따른 의료비 확인에 필요한 서류 4. 예금통장 사본 등 법 제14조제1항에 따른 지원대상자 명의의 지정 계좌로의 입금 등에 필요한 서류 5. 「보험업법」에 따른 보험가입 및 보험금 지급명세를 증명하는 서류 등 영 제11조에 따른 지원금액 산정 및 영 제12조에 따른 지급 제외 대상 금품 등의 확인에 필요한 서류 6. 대리인이 신청하는 경우 - 대리인 유형: 가족, 친족(8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척), 이해관계인, 사회복지전담공무원, 의료기관(의료)사회복지사 ※ 다만, 의료기관 내 사회복지사가 없을 경우, 의료기관 원무과, 행정부서 근무자 또는 이와 관련된 업무를 하는 자 - 제출 서류: 위임장, 위임자(환자)의 신분증 사본, 대리인의 신분증(공무원인 경우 공무원임을 증명하는 신분증, 의료기관(의료)사회복지사의 경우 의료기관 재직증명서 등) 7. 「국민기초생활 보장법」 제40조에 따른 수급자 증명서
담당 직원 확인사항	1. 주민등록표 등본 2. 「국민기초생활 보장법」 제40조에 따른 수급자 증명서

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 아래 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대리신청인):
신청인과의 관계 :

(서명 또는 인)
(대리신청의 경우)

유 의 사 항	확인 (√ 체크)
1. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제17조(부당이득의 징수 등)에 따라 국가·지방자치단체, 민간보험 등 타 의료비지원금 등을 받거나, 거짓 또는 기타 부정한 방법으로 재난적의료비 지원을 받은 경우 환수할 수 있습니다. 2. 재난적의료비 지원에 관한 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제15조(지급제한 등) 및 제30조(과태료)에 따라 의료비지급이 제한되거나 과태료 등이 부과될 수 있습니다. 3. 재난적의료비 지원 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 않습니다.	[]

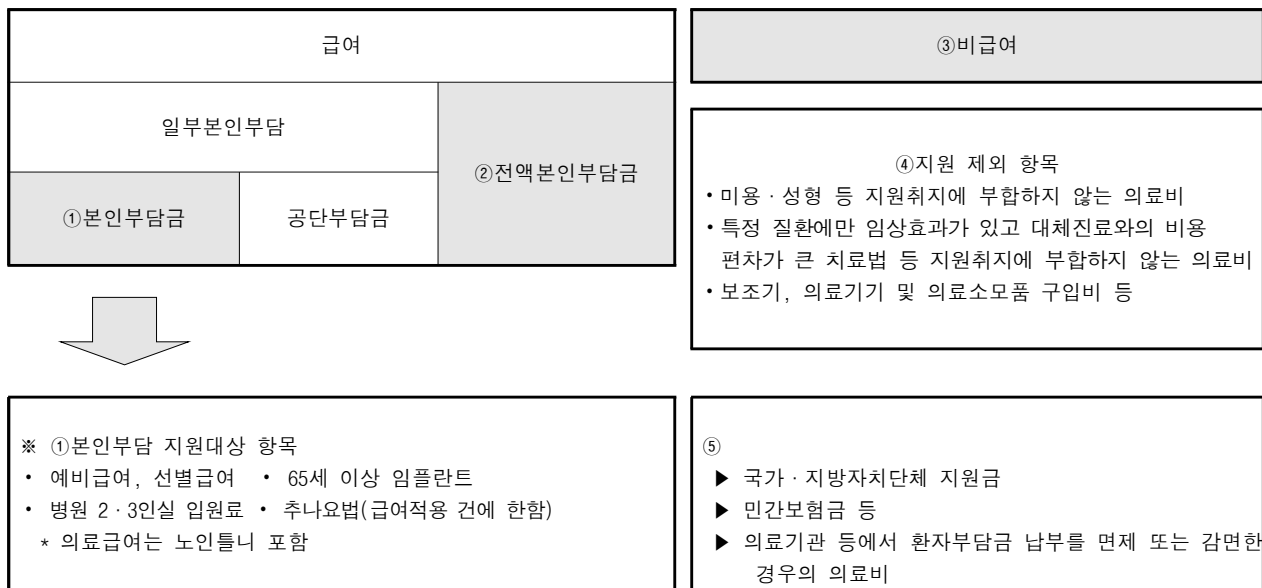
알림사항

재난적의료비 지원금액은 지원 가능한 의료비에서 국가·지방자치단체 지원금, 민간보험금 등 중복지원 의료비를 차감한 후 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

▶ 지원 제외 대상 ◀

- ① 미용·성형, 질병의 예방을 위한 진료 등 지원 필요성이 적은 항목에 대한 비용
- ② 특정 질환에만 임상효과가 있고 대체 진료와의 비용편차가 큰 치료법에 든 비용
- ③ 보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비, 제증명 수수료, 보호자 식대, 간병비, 교통비 등
- ④ 다른 법령 또는 계약, 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 의료비 명목으로 급여·보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우
- ⑤ 기타 지원 취지에 부합하지 않는 비용

재난적의료비 지원 개념



※ 재난적의료비 지원금액: {①본인부담금(지원대상 항목) ⊕ ②전액본인부담금 ⊕ ③비급여 ⊖ ④지원 제외 항목 ⊖ ⑤ 국가·지방자치단체 지원금, 민간보험금 등} × 50~80%*

* 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

재난적의료비 ☐ 지급 ☐ 부지급 결정 통보서

접수번호		신청일	
환자	성명	생년월일	
	주소		
	전화번호	휴대전화	
의료기관	명칭		기호
입원개시일		상병	
지급신청 결과			지원적용비율

재난적의료비 지급신청 결정 내역

[] 지급	1. 귀하는 재난적의료비 지급 대상자로 결정되었습니다. 2. 확정된 재난적의료비 지원금액은 (원)입니다. ※ 상기 지원금액은 통보서 발송일부터 10일 이내 지급신청 계좌로 지급될 예정입니다. 다만, 예산 부족 등 불가피한 경우 입금조치 기간이 지연될 수 있습니다
---------------	--

[] 부지급	1. 귀하는 재난적의료비 지급신청내역 확인결과, <u>부지급 대상자로 결정</u>되었습니다. 2. 부지급 결정 사유는 아래와 같습니다. [] 소득·재산 기준 미충족 [] 의료비 부담 수준 미충족 [] 기타()
----------------	---

귀하의 재난적의료비 지급신청에 대하여 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조제1항에 따라 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드립니다. 공단의 처분에 대하여 이의가 있을 경우, 동법 제23조에 따라 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 공단 지사에 이의신청을 하여야 하며, 처분이 있는 날로부터 180일이 지나면 이의신청을 제기하지 못함을 알려드립니다.

이
의
의

담당자 : 지사 급 (전화번호:)

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다. (공단 대표전화 ☎ 1577-1000)

210mm × 297mm [백상지 80g/m²]

의료기관 등 직접 지급 및 재난적의료비 지원대상자 확인 신청서
[] 기초생활 수급자 [] 차상위계층 [] 그 외 지원대상자

(앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간 3일(신청인이 영 제7조제1항제3호에 해당하는 경우에는 7일)		
환자	성명		주민등록번호(외국인등록번호)			
	주소			유선전화번호		
				휴대전화번호		
	의료기관명	상병명	상병기호		입원기간	
대리인	성명		생년월일		전화번호 또는 휴대전화번호	
	유형	[] 가족 [] 친족 [] 이해관계인(신청인과의 관계:) [] 의료기관 사회복지사 [] 사회복지전담공무원				
정보수신여부		[] 동의 [] 동의하지 않음	수신방법	[] 문자메세지 [] 전자우편()		

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시하고, 여타 의료비를 지원 받았거나 받을 수 있는 경우에는 세부내역을 기재합니다.

고지사항				
구분	지원금 구분	지원여부	지원일	지원금
국가·지방 자치단체 등의 지원금	[] 암환자 의료비 지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 긴급의료지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 미숙아 선천성 이상아	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 장애입양아동	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 입원명령결핵환자 입원비	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 사회복지공동모금회(긴급지원)	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 기타	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
기타 지원금	[] 민간보험금(보험회사, 공제회, 우체국 등)	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 위험분담약제 환급금	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 산업재해 지원금	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 상해구상금	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 보훈지원	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()
	[] 기타(개인·단체 후원)	[] 없음 [] 있음	(20 . .)	()

본인(대리신청인 포함)은 환수조치에 대한 안내 및 유의사항에 대하여 담당 직원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 재난적의료비 지원 신청을 합니다.

※ 미성년자의 경우 친권자 등 보호자가 자필 서명 또는 인으로 대신합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신청인 제출서류	1. 환자 기준의 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제1호에 따른 가족관계증명서 등 지원대상자 해당 여부 확인에 필요한 서류(기초생활수급자·차상위계층 제출 제외) 2. 진단서, 입·퇴원 확인서 등 법 제10조제1항 각 호에 따른 진료 등의 사실 확인에 필요한 서류 3. 진료비·약제비 영수증, 진료비 영수증에 대한 전체(비급여 포함) 세부 내역 등 영 제2조에 따른 의료비 확인에 필요한 서류 4. 예금통장 사본 등 법 제14조제1항에 따른 지원대상자 명의의 지정 계좌로의 입금 등에 필요한 서류 5. 「보험업법」에 따른 보험 가입 및 보험금 지급명세를 증명하는 서류 등 영 제11조에 따른 지원금액 산정 및 영 제12조에 따른 지급 제외 대상 금품 등의 확인에 필요한 서류 6. 대리인이 신청하는 경우 - 대리인 유형: 가족, 친족(8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척), 이해관계인, 사회복지전담공무원, 의료기관(의료)사회복지사 ※ 다만, 의료기관 내 사회복지사가 없을 경우, 의료기관 원무과, 행정부서 근무자 또는 이와 관련된 업무를 하는 자 - 제출 서류: 위임장, 위임자(환자)의 신분증 사본, 대리인의 신분증(공무원인 경우 공무원임을 증명하는 신분증, 의료기관(의료)사회복지사의 경우 의료기관 재직증명서 등)
담당 직원 확인사항	1. 주민등록표 등본 2. 「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제40조에 따른 수급자 증명서

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 아래 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

유의사항	확인 (√ 체크)
1. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제17조(부당이득의 징수 등)에 따라 국가·지방자치단체, 민간보험 등 타 의료비지원금 등을 받거나, 거짓 또는 기타 부정한 방법으로 재난적의료비 지원을 받은 경우 환수할 수 있습니다. 2. 재난적의료비 지원에 관한 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제15조(지급제한 등) 및 제30조(과태료)에 따라 의료비지급이 제한되거나 과태료 등이 부과될 수 있습니다. 3. 재난적의료비 지원 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 않습니다.	[]

재난적의료비 직접 지급요청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하고, 청구 세부내역을 적습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일
------	-----	------	-----

의료기관	명칭		요양기관기호
	담당자 성명		연락처
환자	성명		주민등록번호(외국인등록번호)
	상병기호	상병명	입원기간

지급 계좌

재난적의료비 지급금액은 기 신고 된 요양급여비 입금 계좌로 지급

진료비 내역						
진료비총액	환자부담금총액	급여			비급여	
		본인부담금 총액	공단부담금 총액	전액본인부담금 총액	선택진료료 총액	선택진료료 이외 총액

첨부: 진료비 영수증(장)

※ 진료비 영수증의 각 항목 총액을 적습니다. 영수증이 여러 장인 경우 각 항목의 총 합산 금액을 적습니다.

첨부: 진료비 영수증(장)

※진료비 영수증의 각 항목 총액을 적습니다. 영수증이 여러 장인 경우 각 항목의 총 합산 금액을 적습니다.

「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙」 제6조제1항에 따라 위와 같이 재난적의료비 지급을 요청합니다.

이
의
의

의료기관장:

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 진료비 계산서 · 영수증 1부 2. 진료비 영수증에 대한 전체(비급여 포함) 세부내역 등 의료비 확인에 필요한 서류 3. 입(퇴)원 확인서 1부 4. 약제비 영수증 등 1부(희귀질환자 등 해당자) 5. 원외처방전(희귀질환자 등 해당자)
------	--

210mm×297mm[백상지(80g/m²) 또는 중질지(80g/m²)]

알림사항

재난적의료비 지원금액은 지원 가능한 의료비에서 국가·지방자치단체 지원금, 민간보험금 등 중복지원 의료비를 차감한 후 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

▶ 지원 제외 대상 ◀

- ① 미용·성형, 질병의 예방을 위한 진료 등 지원 필요성이 적은 항목에 대한 비용
- ② 특정 질환에만 임상효과가 있고 대체 진료와의 비용편차가 큰 치료법에 든 비용
- ③ 보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비, 제증명 수수료, 보호자 식대, 간병비, 교통비 등
- ④ 다른 법령 또는 계약, 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 의료비 명목으로 급여·보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우
- ⑤ 기타 지원 취지에 부합하지 않는 비용

재난적의료비 지원 개념

급여		③비급여	
일부본인부담		④지원 제외 항목 • 미용·성형 등 지원취지에 부합하지 않는 의료비 • 특정 질환에만 임상효과가 있고 대체진료와의 비용 편차가 큰 치료법 등 지원취지에 부합하지 않는 의료비 • 보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비 등	
①본인부담금	공단부담금		
②전액본인부담금		⑤ ▶ 국가·지방자치단체 지원금 ▶ 민간보험금 등 ▶ 의료기관 등에서 환자부담금 납부를 면제 또는 감면한 경우의 의료비	

※ ①본인부담 지원대상 항목
 • 예비급여, 선별급여 • 65세 이상 임플란트
 • 병원 2·3인실 입원료 • 추나요법(급여적용 건에 한함)
 * 의료급여는 노인틀니 포함

※ 재난적의료비 지원금액: {①본인부담금(지원대상 항목) ⊕ ②전액본인부담금 ⊕ ③비급여 ⊖ ④지원 제외 항목 ⊖ ⑤ 국가·지방자치단체 지원금, 민간보험금 등} × 50~80%
 * 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

재난적의료비 직접 지급 결정 통보서(환자용)

접수번호		신청일자		년	월	일
환자	성명			생년월일		
	상병	명칭	기호	입원기간		
의료기관	명칭			기호		
지급신청 결과	지원금액:(원)			지원적용비율		
	지급 계좌: 의료기관등의 직접지급 요청에 따라 의료기관 지정 계좌로 지급					

귀하의 의료기관 등에 직접 지급하도록 신청한 재난적의료비는 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 시행규칙 제6조제2항에 따라 위와 같이 결정되어 해당 의료기관에 지급될 예정임을 알려드리니 참고하시기 바랍니다. 공단의 처분에 대하여 이의가 있을 경우, 동법 제23조에 따라 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 공단 지사에 이의신청을 하여야 하며, 처분이 있는 날로부터 180일이 지나면 이의신청을 제기하지 못함을 알려드립니다.

년 월 일

담당자 : 지사 급 (전화번호:)

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(공단 대표전화 ☎ 1577-1000)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

재난적의료비 직접 지급 결정 통보서(의료기관용)

접수번호		신청일자	년	월	일
의료기관	명칭		기호		
환자	성명		생년월일		
	입원기간				
지급 계좌	의료기관 등의 직접 지급 요청에 따라 의료기관이 지정한 계좌로 지급				

재난적의료비 지급 결정 내역

재난적의료비 지원금액	지원 적용 비율	소득세	주민세	지급액

- ※ 상기 지원금액은 통보서 발송일부터 10일 이내 지급신청 계좌로 지급될 예정입니다. 다만, 예산 부족 등 불가피한 경우 입금조치 기간이 지연될 수 있습니다.
- ※ 소득세법 제127조(원천징수의무) 및 제128조(원천징수세액의 납부)에 따라 재난적의료비 지원금에서 소득세 및 주민세를 공제 후 지급합니다(법인세 제외)

귀 의료기관의 재난적의료비 직접 지급 요청에 대하여 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 시행규칙 제6조제2항에 따라 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드립니다. 공단의 처분에 대하여 이의가 있을 경우, 동법 제23조에 의거 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 공단 지사에 이의신청을 하여야 하며, 처분이 있는 날로부터 180일이 지나면 이의신청을 제기하지 못함을 알려드립니다.

년 월 일

담당자 : 지사 급 (전화번호:)

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(공단 대표전화 ☎ 1577-1000)