자가면역질환(11개)* 생물학적 제제(주사제) 지원 신청서

한국의료지원재단 Korea Medical Assistance Foundation

성 명		생년월일		
		성 별	☐ 남	☐ 여
주 소		전화번호		
		휴 대 폰		

진 단 명 *해당되는 질환에 √ 하시기 바랍니다.*	☐ 건선성 관절염(PsA)	☐ 강직성 척추염(AS)
	☐ 성인 크론병	☐ 건선
	☐ 궤양성 대장염	☐ 베체트 장염
	☐ 소아 크론병	☐ 다관절형 소아 특발성 관절염
	☐ 골부착부위염 관련 관절염	☐ 소아 판상 건선
	☐ 방사선학적으로 강직성 척추염이 확인되지 않는 중증 축성 척추관절염	

기준 중위소득

해당되는 내용에 √ 하시기 바랍니다.

▶ 신청일 1개월 직전 건강보험료 납부 이력 기준으로 심사함

▶ 기초생활수급자는 '국민기초생활수급자 증명서 제출'

⇒ 본인부담 금액이 없는 경우 지원 대상에 해당되지 않습니다.

▶ 피부양자의 경우 건강보험 가입자(세대주) 납부 금액으로 심사함

기준 중위소득 100% 이내	건강보험료 본인부담금	
	직장가입자(원)	지역가입자(원)
☐ 1인 가구	59,118	29,078
☐ 2인 가구	100,050	85,837
☐ 3인 가구	129,924	121,735
☐ 4인 가구	160,546	160,865
☐ 5인 가구	189,063	195,462
☐ 6인 가구	220,167	233,499

제출서류

- ☐ 1_ (본인 작성) 약제비 지원 신청서
- ☐ 2_ (국민건강보험공단 발급) 건강보험자격확인(통보)서
- ☐ 3_ (국민건강보험공단 발급) 건강·장기요양보험료 납부확인서
- ☐ 4_ (의료기관 발급) 진단서 (소견서로 대체 불가함)
- ☐ 5_ (의료기관 발급) 진료비 계산서(영수증) - 2020.06.01. 이후
- ☐ 6_ (의료기관 발급) 진료비 세부산정내역서 - 2020.06.01. 이후
- ☐ 7_ (해당자만 제출) 국민기초생활수급자 증명서
- ■ 8_ (지원 대상자로 선정 후 제출) 환자 명의 통장사본

※ 서류가 미비한 경우 접수 및 심사하지 않음 ※

개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공에 대한 동의거부의 권리

귀하는 본 사업에 필요한 개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공에 대한 동의 여부를 자유롭게 결정하실 수 있습니다.

다만, 동의하지 않을 경우에는 약제 지원이 제한될 수 있습니다.

일반 개인정보의 수집 및 이용에	☐ 동의함	☐ 동의하지 않음
민감 정보의 수집 및 이용에	☐ 동의함	☐ 동의하지 않음

본인은 상기 내용을 상세히 읽었으며, 이에 관하여 충분히 이해하였습니다.
이에 자유로운 의사에 의해 동의하므로 아래와 같이 서명합니다.

20 년 월 일

약제 지원 신청자 : *(서명 또는 인)*

※ 상기 내용은 개인정보 보호에 관한 법률에 의거하여 보호되며, 절대 영리 목적으로 이용되지 않습니다 ※

지원 신청방법 안내

한국의료지원재단 홈페이지(http://komaf12.org) 공지사항에서
자가면역질환(11개)* 생물학적 제제(주사제) 지원 사업 안내에서
신청서를 다운받아 '우편', '이메일', '팩스' 로 보내주시기 바랍니다.

■ 우 편 주 소 :	(우. 04540) 서울 중구 남대문로 10길 9, 경기빌딩 12층 한국의료지원재단 담당자 앞
■ 이메일 주소 :	jbr0203@naver.com
■ 팩 스 번 호 :	02-6212-9758
■ 문 의 전 화 :	02-6212-9753 (상담 가능 시간 : 오전 8시 ~ 오후 5시)

접수 번호	신청서 접수일	지원(심사) 확정일자	지원 결정 여부
기입하지 마세요.	*기입하지 마세요.*	*기입하지 마세요.*	*기입하지 마세요.*