



저소득층 암환자에게 의료비를 지원하여 경제적인 부담을 줄이고 치료율을 높이기 위함

**암환자 의료비 지원사업**

구분	소아 암환자	성인 암환자		
		의료급여 수급자	건강보험가입자 (국가암검진 수검자)	폐암 환자
선정 기준	건강보험가입자 : 소득, 재산조사 의료급여수급자 : 당연 선정	당연 선정	21년 6월 30일까지 국가암검진을 수검하신 분 중 만 2년 이내에 5대암을 진단하신 경우 1월 건강보험료(검진연도 제외)	21년 6월 30일까지 폐암 진단 받은 경우 의료급여수급자 : 당연 선정
지원 암종	전체 암종	전체 암종	5대 암종 (위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암)	원발성 폐암(C33-34)
지원 기간	만 18세 미만 연속	연속 최대 3년	연속 최대 3년	연속 최대 3년
지원 금액	백혈병 : 3,000만 원 백혈병이외 : 2,000만 원 (조혈모세포 이식시 3,000만 원) 본인일부부담금, 비급여 본인부담금 구분 없음	급여, 비급여 구분없이 연간 최대 300만 원	본인일부부담금 200만 원	건강보험가입자 : 본인일부부담금 200만 원 의료급여수급자 : 급여, 비급여 구분없이 연간 최대 300만 원
지원 항목	본인일부부담금 비급여 본인부담금	본인일부부담금 비급여 본인부담금	본인일부부담금	건강보험가입자 : 본인일부부담금 의료급여수급자 : 본인일부부담금, 비급여 본인부담금

※ 지원대상자가 동의하면 별도의 신청없이 지원대상자의 자격을 자동으로 갱신됩니다

**지원신청 및 구비서류**

1. 등록, 지원 신청서
2. 진단서(상병명, 상병코드, 최초진단일 기재)
3. 개인정보 이용·제공 동의서
4. 행정정보 공동이용 사전 동의서
5. 보험료 납입확인서(건강보험가입자, 폐암환자)
6. 통장사본
7. 치료비 영수증 원본

**신청장소 : 관할지역 주민등록지 보건소 및 보건지소**

**문의 : 보건소 방문보건팀 ☎ 061-470-6532**