



미숙아 및 선천성이상아에 대한 의료비를 지원하여 환아 가정의 경제적 부담 완화 및 미숙아 등 고위험 신생아의 건강한 성장발달 도모

**지원대상**

- 기준중위소득 180% 이하 미숙아 및 선천성이상아 출산가정
- 다자녀(2명 이상) 가구는 소득수준 관계없이 지원
- 2020년 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원사업 소득판정 기준표

(단위:원)

가구원수	기준 중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065

\* 건강보험료 본인부담금액 : 장기요양보험료 미포함 금액임

\* 부부가 맞벌이 가구인 경우, 부부 중 건강보험료가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 적용하여 합산

**지원요건**
**미숙아 지원**

긴급한 수술 및 치료가 필요하여 출생 후 24시간 이내 신생아중환자실(NICU)에 입원한 미숙아

※ 신생아중환자실 부족에 따른 대기 또는 이송 사유로 신생아중환자실에 입원하지 못한 경우, 의료기관의 확인을 받아 지원 가능

**선천성이상아 지원**

출생 후 28일 이내 선천성이상(Q코드)으로 진단받고, 선천성이상 질환 치료를 위해 출생 후 6개월 이내에 입원하여 수술한 의료비

※ 반드시 입원하여 치료를 위한 수술을 시행하고 그에 따른 치료비용에 한하여 지원

※ 2회 이상 입·퇴원하며 수술한 경우도 지원 가능하며, 의료비는 최종 수술이 끝난 후 일괄 신청

**지원범위**

요양기관에서 발급한 진료비영수증(약제비 포함)에 기재된 급여 중 전액 본인부담금 및 비급여 진료비

※ 지원 제외 : 외래 및 재활치료, 이송비, 제증명서 발급, 상급병실입원료, 보호자식대, 치료와 직접 관련이 없는 소모품(체온계 등), 예방접종비 등

**지원금액 산정방법 및 지원한도**

지원대상 금액\*별 지원을 차등 적용

(\* 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산금액에서 지원제외 항목분을 차감한 금액)

※ 지원대상 금액 중 100만원 이하분에 대해서는 지원을 100%를, 100만원 초과분에 대해서는 지원을 90%를 각각 지원

**미숙아(저체중아 및 조산아)**

(단위:kg, 백만원)

출생시 체중	2.0kg ~ 2.5kg미만 재태기간 37주미만	1.5kg~2.0k미만	1kg~ 1.5kg미만	1kg미만
1인당 지원한도	3백만원	4백만원	7백만원	10백만원

**선천성이상아 : 1인당 5백만원**
**선천성이상 질환을 갖고 미숙아로 태어난 경우**

(단위:kg, 백만원)

출생시 체중	2.0kg ~ 2.5kg미만 재태기간 37주미만	1.5kg~2.0k미만	1kg~ 1.5kg미만	1kg미만
미숙아	3백만원	4백만원	7백만원	10백만원

출생시 체중	2.0kg ~ 2.5kg미만 재태기간 37주미만	1.5kg~2.0k미만	1kg~ 1.5kg미만	1kg미만
선천성이상아	5백만원			
총 지원한도	8백만원	9백만원	12백만원	15백만원

### 신청기한

(최종)퇴원일로부터 6개월 이내

### 신청장소

영아의 주민등록 주소지 관할 보건소

### 구비서류

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 신청서 1부

진료비영수증, 진료비 세부내역서 원본 각 1부

입금계좌통장 사본 1부

미숙아 : 출생보고서 또는 출생증명서 1부

선천성이상아 : 진단서 원본, 입·퇴원확인서(질병명 및 질병코드 포함) 각 1부

주민등록등본 1부(가족 별도 주소지인 경우 가족관계증명서 필요)

건강보험증 사본 및 신청일 기준 전월 건강보험료 본인부담금 납부확인서 각 1부(단, 맞벌이부부일 경우, 부부 모두 첨부)

(전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 생략 가능)

휴직자 : 재직증명서(휴직기간 표시) 및 최근월분 급여명세서 각 1부

### 문의

방문보건팀 061-470-6538