

2026년 서울적십자병원 **누구나진료센터** 사업 안내문

지원대상	기초생활수급자, 차상위계층, 중위소득 100%이하 의료취약계층 (기준:원/장기요양보험료 제외)																	
	구분(2026년 기준)	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구												
	월소득	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719												
	건강보험료(지역)	20,950	87,970	137,180	177,040	226,340												
	건강보험료(직장)	92,180	150,960	192,650	233,480	271,660												
※ 단, 장애인 치과지원의 경우, 보건복지부 등록장애인 중 의료급여수급자에 한함																		
지원내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강검진 지원 : 종합건강검진 및 유소견자 의료비 지원 ○ 예방접종 지원 : 폐렴구균, RSV, 자궁경부암 등 ○ 건강강좌 지원 : 지역주민 대상 찾아가는 건강강좌 지원 ⇒ 별도의 안내공문 및 신청양식 발송 예정 																	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료지원 : 외래 검사 및 입원비용 본인부담금의 50~100% 차등 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 접수비, 소액 지원 불가 - 의료급여 최대 300만원, 건강보험/장애인 치과 최대 500만원 지원 - 청력검사 의뢰자에 한해 검사 결과가 장애 진단 기준에 미달되나 원내 자체 기준에 적합할 경우, 보청기(1개) 지원 가능 																	
지원조건	<ul style="list-style-type: none"> ○ 서울적십자병원에서 진료 가능한 경우 ○ 내원 후 사보험 확인될 경우 지원 불가, (단, 보험증권 확인 후 보장 불가 항목에 한해 지원 가능) ○ 의료급여 수급자의 경우, 내원 시 의원급(1차병원)에서 발급한 '의료급여의뢰서' 제출 필요 																	
지원절차	<ol style="list-style-type: none"> ① 유관기관으로부터 신청 서류 접수 ② 공공의료사업팀에서 구비서류 확인, 환자와 연락하여 해당 진료과 외래 진료 예약 ③ 초진 후 공공의료사업팀 방문 및 초기 상담 진행 ④ 내부 심사 후 지원 여부 및 지원율 최종 결정 ⇒ 대상자에 결정 통보 ⑤ 의료서비스 지원 ⑥ 의뢰기관 결과회신 																	
제출서류	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>의료급여</th> <th>차상위계층</th> <th>건강보험</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>공통</td> <td colspan="3"> <ol style="list-style-type: none"> ① 누구나진료센터 의료지원 신청서 ② 개인정보 수집·제공·이용동의서 ③ 장애인증명서 (※굿스마일 장애인 치과지원 신청자에 한함) </td> </tr> <tr> <td>추가 서류</td> <td>① 수급자증명서</td> <td>① 차상위계층 확인서 또는 차상위본인부담감감대상자 확인서</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> ① 건강보험 납입확인서(6개월) ② 건강보험 자격확인서 ③ 통장거래내역(6개월) </td> </tr> </tbody> </table>						구분	의료급여	차상위계층	건강보험	공통	<ol style="list-style-type: none"> ① 누구나진료센터 의료지원 신청서 ② 개인정보 수집·제공·이용동의서 ③ 장애인증명서 (※굿스마일 장애인 치과지원 신청자에 한함) 			추가 서류	① 수급자증명서	① 차상위계층 확인서 또는 차상위본인부담감감대상자 확인서	<ol style="list-style-type: none"> ① 건강보험 납입확인서(6개월) ② 건강보험 자격확인서 ③ 통장거래내역(6개월)
	구분	의료급여	차상위계층	건강보험														
공통	<ol style="list-style-type: none"> ① 누구나진료센터 의료지원 신청서 ② 개인정보 수집·제공·이용동의서 ③ 장애인증명서 (※굿스마일 장애인 치과지원 신청자에 한함) 																	
추가 서류	① 수급자증명서	① 차상위계층 확인서 또는 차상위본인부담감감대상자 확인서	<ol style="list-style-type: none"> ① 건강보험 납입확인서(6개월) ② 건강보험 자격확인서 ③ 통장거래내역(6개월) 															
<ul style="list-style-type: none"> ★ 공공의료사업팀 상담 시, 추가서류(사보험 확인, 통장거래내역 등) 요청할 수 있음을 고지해 주세요. ★ 생계+주거급여만 수급 시 수급자증명서로 대체 가능, (단, 주거급여만 수급 시 건강보험 서류 제출) ★ 자녀 등 가족의 직장보험 피부양자의 경우, 해당 가족의 건강보험 관련 서류 제출 																		
접수방법	공문 제출 - 전자공문 또는 이메일(s8784@redcross.or.kr)																	
신청문의	서울적십자병원 공공의료본부 공공의료사업팀 최윤지 02)2002-8783																	