

『예술인 의료비 지원사업』 공고

한국예술인복지재단은 의료비 지원사업으로 예술창작활동 지속을 위한 안정적인 환경과 직업역량 회복을 지원합니다. 의료비 부담을 겪는 예술인의 많은 관심 부탁드립니다.

2023. 2.
한국예술인복지재단

1 지원 대상

- 의료비(수술비, 입원비, 약제비 등)로 경제적 부담을 겪고 있는 예술인
- 『예술인 복지법』 상 예술활동증명을 완료한 예술인

2 신청 자격

- 가구원 소득 합산금액이 중위소득 85% 이하인 예술인
- 2023년도 소득기준 기준중위소득 85%

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
월 소득(원)	1,766,208	2,937,731	3,769,594	4,590,819	5,381,085	6,143,783
년 소득(원)	21,194,498	35,252,771	45,235,123	55,089,833	64,573,018	73,725,396

※ “가구원”은 주민등록등본 내 1촌 직계중 성인
- 배우자 및 부모, 자녀

- 심의위원회를 통해 의료비 지원이 필요한 것으로 인정된 예술인
※ 단, 소득기준에 부합하지 않으나 경제상황에 비해 치료비 부담이 과도하다고 판단되는 등 심의위원회에서 지원이 필요하다고 결정하는 경우 의료비가 지원 될 수 있음

3 지원 내용

- 지원금액: 1인 최대 300만원, 일반질환 경우 최대 100만원
 - 질병 및 상해로 어려움을 겪는 예술인의 의료비 중 본인부담금 일부 지원
- 신청기간: 2023년 2월 28일 ~ 2023년 5월 31일 ※예산 소진 시 조기마감
- 선정자 의료비 지원기간: 신청접수일 ~ 2023년 10월 31일
 - 의료비 청구마감: 2023년 10월 23일
- 지원방법: 의료기관 직접 지급 원칙
 - ※ 단, 긴급수술 및 치료* 등으로 인해 사업신청이 불가능한 상황에서 기 결제 완료한 경우 신청일로부터 최대 3개월 이전까지 질환과 관련된 치료비에 대하여 소급지원 가능
 - * 긴급수술 및 치료: 중한 질병 또는 부상을 당한 경우로 심의위원회에서 승인하는 사항만 인정(만성질환 제외)
- 지원항목: 질환에 대한 입원비, 수술비, 검사비, 약제비, 간병비, 보장구 구입비, 재활치료비, 외래진료비 등
- 지원 상세항목

상세항목	지원내용	지원불가
입원 및 수술비	입원, 수술 등 제반비용	- 상급병실료 ※ 병원 내부사정으로 인해 이용이 불가피한 경우 3일 이내에서 인정 - 제증명료 - 보호자 식대 등
검사비	선정된 질환 관련으로 받는 MRI, CT 촬영 등 검사 비용	- 종합건강검진 등 단순 검사비
외래 진료비	지속적인 치료가 필요한 질환의 진료비	
약제비	지속적인 치료가 필요한 질환의 약제비 ※ 희귀의약품인 경우 한국희귀의약품센터를 통해 지원 가능	- 한방첩약(←일반과립 가능) - 질환과 관련 없는 약품(영양제 등)
의료기기 및 보장구	해당질환과 직접적 상관관계가 있는 경우 (진단서 또는 처방전 필요)	- 노인용 단순 보장구 - 장애인 보장구(건강보험급여 수급자 지원 제외)
간병비	해당질환과 직접적인 상관관계가 있는 경우 (단, 병원 또는 회사에 소속된 전문 간병인 고용 시 지원)	- 재가요양(방문요양, 방문목욕, 방문간호 등)

상세항목	지원내용	지원불가
재활 치료비	물리치료비, 침, 주사요법 등	- 도수치료
기타항목	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환: 입원치료가 필요한 중증의 경우 지원 - 치과: 상해 또는 질환 발생으로 인한 치료 시 지원 - 안과: 녹내장, 백내장 등 안과질환 수술 및 치료비 - 그 외 심의위원회에서 인정하는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> - 입원 치료기간 외 정신질환 치료비 - 총치 등 치과치료(치아교정 및 틀니 시술, 임플란트 포함) - 시력교정술 - 미용성형

○ 지원제한

- 한국예술인복지재단 의료비 지원사업에 동일한 질환(질환명 또는 질병코드로 판단)으로 연속 2년 간 지원을 받은 경우
- 민간보험 수혜자로 의료비 지원이 중복되는 경우
- 10만원 미만의 소액 청구 건
- 한국예술인복지재단 사업 참여 제한자

○ 지원취소

- 선정자의 사망 또는 제출서류가 허위로 밝혀지는 등 부정 수급자인 경우, 선정 중단 및 취소 (지원금은 회수조치 가능하며 향후 한국예술인 복지재단 사업 참여에 제한 될 수 있음)

4 신청기간 및 접수방법

- 신청기간: 2023년 2월 28일 ~ 2023년 5월 31일 ※ 예산 소진 시 조기마감
- 접수방법: (우편 또는 이메일 접수선택)
 - 우편접수: 서울 종로구 이화장길 70-15 소호빌딩 3층 한국예술인복지재단 의료비사업 담당자 (우 03088)
(※ 등기우편 신청, 빠른등기 2023년 5월 31일 소인 접수 건까지 인정)
 - 이메일접수: medic@kawf.kr

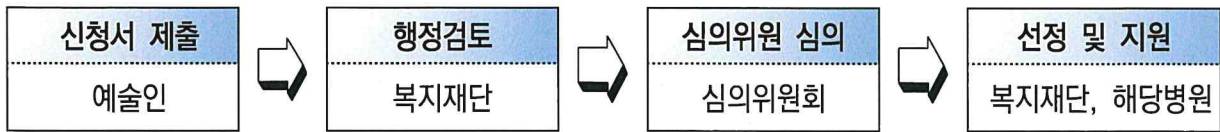
○ 제출서류

연번	제출서류		비고
	필수	발급처	
1	신청서	재단 누리집 공고문	
2	개인정보동의서		
3	소견서 또는 진단서	해당병원	질환명, 질환코드 기재
4	주민등록등본	주민센터 또는 정부24(www.gov.kr)	
5	가족관계증명서	전자가족관계등록시스템 (efamily.scourt.go.kr)	
6	소득금액증명원	정부24 (www.gov.kr)	지원요건은 가구원 소득 기준으로 주민등록등본 상 직계가족 전원 제출 (배우자 및 부모, 자녀) ※ 단, <u>거주지가 다른 배우자의 경우 배우자의 소득금액증명원도 제출하며,</u> 미성년 자녀의 경우 미제출
7	건강보험 납부확인서	국민건강보험공단 (www.nhis.or.kr)	신청인 본인만 제출 - 신청일 기준 직전 12개월 보험료 납부내역 확인서 제출
8	보험가입조회서	온라인 '내보험찾아줌'	별도 붙임파일 참조
9	보험 정관/약관	해당 보험사	신청자 가입정보 기재 (월 보험료, 기간, 보험항목 등)
10	진료비 계산서 및 영수증	해당 병원	긴급소급지원* 받고자 하는 해당자에 한하여 제출 (*긴급소급지원) 긴급한 수술 및 치료를 받은 사람에게 한하여 신청일 로부터 3개월 이전까지 신청 가능 (만성질환 제외)

* 안내사항

- 모든 서류는 신청일로부터 1개월 이내 발급 된 서류이어야 하며 접수된 서류는 반환하지 않음
- 수급자, 차상위계층인 경우 5~7번 서류는 해당 증명서류로 대체 가능
- 과도한 부채를 증명하고자 하는 경우 부채잔액증명서, 금융거래확인서 등 제출
- 한국예술인복지재단은 심의에 필요한 서류를 추가로 요청할 수 있음

5 지원절차



- (행정심의) 신청자격 및 신청서류 확인을 통한 지원적합성 내부심의
- (의료심의) 의료전문가로 구성된 심의위원회(3인 이상)를 통해 치료의 시급성, 질환상태, 경제적 상황 등을 고려하여 의료비 지원목적 부합 여부 등을 종합하여 심의

6 의료비 지원 방식

- 해당 의료기관 계좌로 직접 입금 등
- 의료비 지급 마감: ~ 2023년 10월 23일 청구 분까지 지원

7 유의사항

- 제출된 서류 및 자료는 반환하지 않습니다.
- 지원확정 후에라도 지원 자격이 부적격하였거나 제출서류가 허위로 밝혀지는 등 부정수급자인 경우, 지원금 회수조치가 가능하며 향후 한국예술인 복지재단 복지사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.
- 의료비 지원 결정시 신청당시 기재한 질환에 대해 의료비가 지원됩니다.
- 의료비 지원은 의료기관 직접 지급을 원칙으로 합니다. 선정자는 해당 의료기관에 의료비 지급이 가능하도록 협조해 주셔야 합니다.
- 문의: 전화 02)3668-0200, 이메일 medic@kawf.kr
- ※ 당 사업은 2022년 공공기관 혁신계획에 따라 보건복지부 재난적 의료비 지원 사업과 중복사업으로 2023년 이후 사업종료 예정입니다.
- ※ 보건복지부의 의료비 지원사업(재난적 의료비 지원, 건강보험 본인부담 상한제 등), 지역 자치단체 의료비 지원사업 안내 예정입니다.

붙임 1. 신청서

예술인 의료비 지원사업 신청서

접수일: 사업담당자 기재		처리기간: 별도 정하는 심사일로부터 10일 이내
* 필수 기재사항		
1. 신청인 정보	성 명*	
	주민등록번호*	(만 세)
	주 소*	()
	연락처*	
	이메일*	
※ 보호자 정보	보호자명	대리 신청 시 작성
	지원자와의 관계	
	보호자 연락처	

2. 기본사항	신청구분*	[] 신규 신청	
		[] 의료비 지원사업 기 선정자 (질환: 지원금액: 원 시기:)	
		[] 긴급소급지원 여부 ※ 해당자만 표시, 상세내용 공고문 참조	
	민간보험 가입 현황	가입여부	<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부
		가입 보험명	가입 시 작성, 보험사명 및 보험명
	예술장르	문학[] 미술[] 사진[] 건축[] 음악[] 국악[] 무용[] 연극[] 영화[] 연예[] 만화[] ※ 예술활동증명 기준으로 예술장르를 선택해주세요	
신청항목 (중복 선택 가능)	<input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 입원비 <input type="checkbox"/> 외래진료비 <input type="checkbox"/> 약제비 <input type="checkbox"/> 검사비 <input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 보장구구입비 <input type="checkbox"/> 재활치료비		
신청사유	위 항목에 대한 신청사유 등 기재		

3. 질환 상황	신청질환*	<input type="checkbox"/> 질환명: (질병코드: 최대 1개까지 입력)
		<input type="checkbox"/> 뇌질환 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 희귀질환 <input type="checkbox"/> 만성질환 <input type="checkbox"/> 일반질환
	신청금액*	<input type="checkbox"/> 신청금액: 원(* 한글 기입) 1인 최대 300만원 이내. 단 일반질환의 경우 최대 100만원

	발병시기 및 현재상태	발병시기: 년		
		소요비용(예상): 원		
		현재상태:		
치료계획	치료내용	치료시기	예상금액	

4. 소득 상황	차상위 계층 여부*	<input type="checkbox"/> 여(수급자 또는 차상위) <input type="checkbox"/> 부
	소득유무*	원 * 소득금액증명원 상 가구원 총 소득 기재

5. 접수서류* (첨부서류 체크)	필수서류	<input type="checkbox"/> 신청서 및 개인정보동의서
		<input type="checkbox"/> 의사소견서(진단서)
		<input type="checkbox"/> 주민등록등본
		<input type="checkbox"/> (본인) 소득금액증명원 또는 사실증명원(신고사실 없음)
		<input type="checkbox"/> (직계가족) 소득금액증명원 또는 사실증명원(신고사실 없음)
		<input type="checkbox"/> 건강보험납부확인서(직전 12개월)
		<input type="checkbox"/> 보험가입조회서 <input type="checkbox"/> 보험 정관 및 약관
	*선택서류	<input type="checkbox"/> 입·퇴원 확인서 <input type="checkbox"/> 진료비 계산서 및 영수증
		<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 또는 차상위 증명서
		<input type="checkbox"/> 부채잔액증명서(금융거래확인서 또는 차용증)
		<input type="checkbox"/> 기 타

위 내용과 같이 「예술인 의료비 지원사업」 을 신청합니다.

2023년 월 일

신청인(예술인)

(서명 또는 인)

한국예술인복지재단 대표 귀하

붙임 2. 개인정보동의서

예술인 의료비 지원사업 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

한국예술인복지재단(이하 '재단')에서 수행하는 예술인 의료비 지원사업 신청과 관련하여 본인의 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공 및 조회하고자 하는 경우에는 「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.

이에 본인은 재단이 「예술인 복지법」 제1조의 목적, 제10조 제1항 제3호, 제4호, 제12호 재단의 사업 등 아래 내용과 같이 업무수행에 필요한 범위 내에서 활용할 목적으로 본인의 개인정보를 수집·이용 및 제공·조회하는데 동의합니다.

또한 이 동의서에 근거하여 지원금 지급 후 사후관리의 업무처리 시에도 본인의 행정정보를 귀 재단이 활용하는 것에 대하여 동의하며 별도의 동의서를 받지 않아도 이의가 없는데 동의합니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 사항	
수집·이용자	예술인 복지법 제8조에 의거해 설립된 한국예술인복지재단
수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료비 지원 대상자 적격여부 판단 ■ 예술인복지재단 사업참여 대상자 선정 관련 자료 지원 ■ 법령상 의무이행 등
수집·이용 항목	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>[필수적 정보]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 개인식별정보 : 성명, 주민등록번호 등 고유식별정보, 국적, 직업, 주소, 전자우편, 전화번호 등 연락처 ■ 기타 의료비 지원사업의 선정·이행·관리를 위한 상담, 사후관리 등을 통해 생성되는 정보 ■ 기타 외부기관(지방자치단체, 기업체, 공공기관 등) 및 의료내역 관련하여 확인이 필요한 정보 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>[선택적 정보]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 개인식별정보 외에 거래실태조사에 기재된 정보 또는 고객이 제공한 정보 : 가족사항, 거주기간, 본인 및 직계가족 소득 등 </div> <p>※ 동 사실에 대하여 별도 통보를 하지 않으며 본 동의 이전에 발생한 개인정보도 포함됩니다.</p>
보유·이용 기간	<p>사업참여 기간 종료 후 5년</p> <p>※ 본 동의서의 효력은 본 선정 내용이 변경되는 경우에도 유효하며, 위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 지원금 종료시까지 위 이용목적에 위하여 보유·이용됩니다. 단, 지원종료 이후에도 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행 및 귀 재단의 사후관리에 따라 필요한 경우 보유·이용할 수 있습니다.</p>
수집·이용 동의여부	<p>본인은 위에 관한 설명을 모두 이해하였고 예술인 의료비 지원사업 대상자 선정을 목적으로 한국예술인복지재단에서 본인의 개인정보를 제출서류, 의료기관, 정부 부처, 문화예술지원단체, 사회보장정보원 등을 통하여 수집·이용하는 것에 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">(동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
고유식별정보 수집·이용 동의여부	<p>귀 재단이 위 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.</p> <p>고유식별정보 : [주민등록번호, 운전면허증, 여권번호]</p> <p style="text-align: right;">(동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	<p>위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 거부할 수 있습니다. 다만 동의하지 않는 경우 예술인 의료비 지원사업 참여 조건사항에 불이익을 받으실 수 있습니다.</p> <p style="text-align: right;">(동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
2. 민감정보 수집·제공에 관한 사항	
수집·이용자	예술인 복지법 제8조에 의거해 설립된 한국예술인복지재단
수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료비 지원 대상자 적격여부 판단 ■ 예술인복지재단 사업참여 대상자 선정 관련 자료 지원 ■ 법령상 의무이행 등

수집·이용 항목	<u>건강정보, 소득정보</u>
보유·이용 기간	<u>사업참여 기간 종료 후 5년</u> ※ 본 동의서의 효력은 본 선정 내용이 변경되는 경우에도 유효하며, 위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 지원금 종료시까지 위 이용목적에 위하여 보유·이용됩니다. 단, 지원종료 이후에도 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행 및 귀 재단의 사후관리에 따라 필요한 경우 보유·이용할 수 있습니다.
제공·조회 동의 여부	귀 재단이 위 목적으로 본인의 <u>민감정보를 제공·조회</u> 하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 거부할 수 있습니다. 다만 동의하지 않는 경우 예술인 의료비 지원사업 참여 조건사항에 불이익을 받으실 수 있습니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)

3. 개인정보의 제공·조회에 관한 사항

제공·조회 받는 자	<ul style="list-style-type: none"> ■ 국가, 국민체육진흥공단 등 공공기관, 지방자치단체, 고객만족조사기관, 예술인의료비지원사업 심의위원회 등 ■ 재단이 지정한 법률대리인
제공·조회 목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료비 지원 대상자 적격여부 판단 ■ 국가, 문화체육관광부, 국민체육진흥공단 등에서의 정책자료로 활용 ■ 예술인 의료비 지원사업과 그 효과성 분석에 관련된 조사(수혜, 사후관리 등)·연구의 시행 ■ 전산시스템 구축·관리 ■ 사회보장정보시스템 조회 ■ 법령상 의무이행 등
제공·조회 및 요청할 개인 정보의 내용	<ul style="list-style-type: none"> ■ 개인식별정보 ▶ 성명, 주민등록번호 등 고유식별정보, 국적, 직업, 주소, 전자우편, 전화번호 등 연락처 ■ 기타 의료비 지원사업의 선정·이행·관리를 위한 상담, 사후관리 등을 통해 생성되는 정보 ■ 기타 외부기관(지방자치단체, 기업체, 공공기관 등) 및 의료내역 관련하여 확인이 필요한 정보 ■ 제3자에게 제공되는 개인정보의 항목 ▶ 수집·이용에 동의한 정보 중 업무 목적달성을 위해 필요한 정보에 한함 <p>※ 동 사실에 대하여 별도 통보를 하지 않으며 본 동의 이전에 발생한 개인정보도 포함됩니다.</p>
제공받은 자의 개인정보 보유·이용 기간	<u>정보제공목적에 따른 활용 후 즉시 폐기</u> ※ 본 동의서의 효력은 본 선정 내용이 변경되는 경우에도 유효하며, 위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 지원금 종료시까지 위 이용목적에 위하여 보유·이용됩니다. 단, 지원종료 이후에도 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행 및 귀 재단의 사후관리에 따라 필요한 경우 보유·이용할 수 있습니다.
제공·조회 동의 여부	귀 재단이 위 목적으로 제3자에게 본인의 <u>개인정보를 제공·조회</u> 하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)
<u>고유식별정보 제공·조회 동의여부</u>	귀 재단이 위 목적으로 제3자에게 본인의 <u>고유식별정보를 제공·조회</u> 하는 것에 동의합니다. 고유식별정보 : [주민등록번호, 운전면허등록, 여권번호 등] (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 거부할 수 있습니다. 다만 동의하지 않는 경우 예술인 의료비 지원사업 참여 조건사항에 불이익을 받으실 수 있습니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)

본인은 본 동의서의 내용을 이해하였으며, 예술인 의료비 지원사업 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 관해 설명을 들은 것으로 하며 본 내용에 동의합니다.

2023년 월 일

성명 : _____ (인)