

2024년 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 안내(안)

1 사업개요

- (지원인원) 315명
- (지원대상) 만 19세~만 35세*의 국민기초생활보장수급자 또는 차상위계층으로, 장애인복지법 제32조에 의하여 등록된 장애인 중 장애의 정도가 심한 장애인**
 - 보험가입일 기준(2024. 6. 13.) 기준 가입 가능 연령
 - ⇨ 1988. 6. 14. ~ 2005. 6. 13. 출생자
 - ※ 제외대상 : 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자
 - ※ 보험가입 시, '계약 전 고지의무(건강, 직업, 키, 체중 등)'가 있으며, 자필서명 필요
 - ※ 가입대상자로 선정되어도, 보험가입 청약심사 과정에서 가입한도액(3,000만원) 초과, 개인질환, 기타사유 등으로 보험가입이 거절될 수 있음
- (지원내용) 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 보험료 전액 지원(무료가입)
 - (보험가입금액) 1,000만원 / (보험기간) 20년* / (납입주기) 일시납
 - * 중도해지 및 환급금 대출 불가(중도해지시 수령금액 0원)
 - 보장 상세내용(※ 보험금 지급사유 발생시, 우체국보험 고객센터(1599-0100)에 문의)

지급구분	지급사유	지급액	
암진단 보험금	암보장개시일 이후에 최초로 암 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	보험계약일부 1년 미만	500만원
		보험계약일부 1년 이상	1,000만원
	보험기간 중 최초로 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정 시(각각 최초 1회에 한함)	보험계약일부 1년 미만	150만원
		보험계약일부 1년 이상	300만원
만기보험금	만기 생존 시	이미 납입한 보험료의 30%	

주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 암진단보험금 지급사유가 발생(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

- 2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- 3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자 나이가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]로 합니다.
- 4. 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양은 약관의 분류표를 참조하시기 바랍니다.
- 5. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 제외)으로 진단 확정된 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

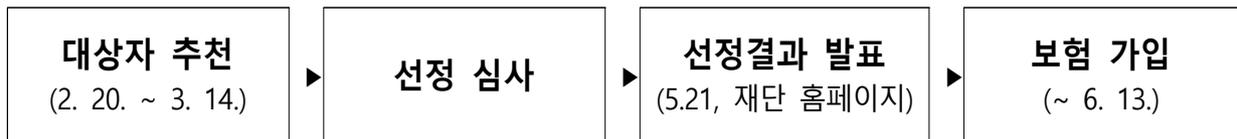
○ 계약자, 피보험자 및 보험수익자에 관한 사항

- 계약자 : 과학기술정보통신부장관
- 피보험자 : 보험 가입대상자로 선정되어 가입을 완료한 장애인
- 보험수익자(암진단보험금/만기보험금) : 피보험자

□ (보험가입 방법) 우체국에서 대상자 추천기관으로 방문하여 가입

- 개별신청자의 경우 가입대상자가 우체국으로 방문 필요

□ 추진일정(예정)



※ 상기 일정은 변경될 수 있음

2 신청기간 및 신청방법

□ (신청기간) 2. 20.(화) ~ 3. 14.(목) (※ 3. 14. 소인분까지 접수)

□ (신청방법) ① 또는 ②의 방법으로 추천서 등 제출서류 구비하여 우체국공익재단으로 우편 발송(※ 등기우편 발송시 우편물 도착 조회 가능)

① 장애인복지시설 또는 단체 등을 통한 신청

② 이용중인 시설 등이 없는 경우, 신청자가 제출서류를 모두 준비한 후, 주민센터 등을 방문하여 추천*을 받은 뒤 개별 신청 가능

* 담당자 정보의 휴대전화번호, 기관 주소 미작성

□ (제출서류(※ 참고3)) 필수 제출(①~④) + 선택 제출(⑤), 해당자

- ① 대상자 추천서(※ 추천기관별 담당자 1인 지정 필수)<서식 1>
- ② [본인] 장애인증명서 또는 장애인등록증(복지카드(앞/뒤))
- ③ [본인] 수급자증명서 또는 차상위계층 확인서류
- ④ 개인정보 수집·이용·제공 및 조회 동의서(대상자/담당자)<서식 2~3>
- ⑤ 선택 제출서류(해당자)
 - 가구유형(한부모가정, 조손가정, 독거가구, 다문화가정, 탈북민가정) 증빙서류 또는 입소시설 확인서

□ (제출처) 우체국공익재단

- 주소 : (우) 03166, 서울시 종로구 송월1길 73-10(사직동 304-1)
- 문의 : 사업기획국 사업운영부 암보험 담당자(02-725-3857)

3 선정방법 및 결과 발표

□ (선정방법) 우체국공익재단 선정심사위원회를 통해 지원대상 선정

□ (결과 발표) 우체국공익재단 홈페이지 공지

- 발표일자 : 5. 21.(화) 예정
- 홈페이지 : www.kopf.or.kr - 재단공지 - 공지사항
- 선정결과 발표시 추천기관 협조사항 및 가입자 안내사항 공지 예정

4 기타 신청시 유의사항

□ 일반사항

- 제출서류는 일체 반환하지 않음
- 증빙서류는 2023년 12월 1일부터 발급된 서류만 인정
 - 주민등록번호 뒷부분 6자리는 반드시 숨김처리* 후 제출
- * (예시) 900101-1***** (※ 보험가입을 위한 생년월일/성별 확인 필요)

- 제출서류의 미제출 및 오제출, 내용확인이 불가능한 경우 심사에서 제외되거나 해당사항이 인정되지 않을 수 있음
 - 필수서류 미제출시 심사 제외, 선택서류 미제출시 해당사항 미인정

□ 추천기관 유의사항(※ 참고2)

- (업무지원 담당자 지정) 추천기관은 반드시 업무지원 담당자 1인을 지정하여 대상자를 추천하고, 보험가입 대상자의 보험가입을 위해 필요한 제반사항을 지원해야 함

< 업무지원 담당자 역할 >

- 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 추천 및 선정결과 확인(재단 홈페이지)
- 보험가입 대상자에 선정 안내, 보험가입을 위한 우체국의 추천기관 방문일정 조율
- 보험가입시 기관 내 가입장소 확보, 보험가입 대상자 시설 집결
- 보험가입 시 필요한 서류 제출(업무지원 담당자 → 우체국 보험가입 담당자)
- 기타 보험가입 관련 우체국에서 요청하는 업무 지원

○ 대상자 추천 전 확인사항

- 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자 가입 불가
 - ※ 가입여부는 우체국보험 고객센터/홈페이지/모바일 앱에서 확인 가능
- 보험가입 시 진행되는 절차(보험가입에 대한 의사 확인, 약관 설명, 청약서 작성 등)가 불가할 경우 보험가입이 어려울 수 있으며, 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효처리 될 수 있음
- 보험가입 시, 우체국에서 장애인증명서 등을 요청할 수 있음
 - ※ 우체국공익재단에 제출한 서류는 "보험 가입대상자 선정"을 위한 서류임
- 가입대상자에 따라 추가서류(검진서류 등)를 요청할 수 있음
- 보험가입 시, '계약 전 고지의무(건강, 직업, 키, 체중 등)'가 있으며, 청약심사 과정에서 보험가입이 거절될 수 있음

<추천서식 및 참고>

서식 1. 대상자 추천서

2. (대상자용) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
3. (담당자용) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
4. 서류 발송 양식

참고 1. QnA

2. 추천서 작성시 유의사항
3. 증빙서류 안내

참고 1 QnA

Q1. 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업은 무엇인가요?

우정사업본부(우체국)에서 2001년부터 시작한 공익사업으로, 경제적 어려움 등으로 암보험에 가입하지 못한 장애인분들을 대상으로 우체국보험인 '무배당 어깨동무보험(2종-암보장형)' 무료가입을 지원하고 있습니다.

Q2. 신청대상은 어떻게 되나요?

보험가입일(매년 변동) 기준, 만 19세 ~ 만 35세의 국민기초생활수급자 또는 차상위계층 이면서 장애의 정도가 심한 장애인입니다.

Q3. 신청방법은 어떻게 되나요?

현재 이용중인 장애인복지시설 또는 단체 등의 추천을 받아 신청할 수 있습니다. 만약, 이용중인 시설이나 단체가 없는 경우에는 관련서류를 구비한 뒤, 주민센터 등 지자체를 방문하여 추천을 받아 우편으로 제출해주시면 됩니다.

Q4. 보험가입 대상자로 선정되면 바로 보험가입이 되는건가요?

보험가입 대상자로 선정되어도, 청약심사 과정에서 보험가입이 거절될 수 있습니다. 보험가입은 각 지역의 우체국을 통해 진행되며, 보험가입 절차 이행(청약서 작성, 계약전 고지의무, 본인서명 등) 및 보험계약 청약심사 과정에서 보험가입이 거절(가입한도액 3,000만원 초과, 개인질환, 기타사유 등)될 수 있습니다.

Q5. 보험 가입 후 받게 되는 지원내용이 궁금합니다.

암보장 개시일 이후(계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날), 암 진단 확정시 암진단보험금, 만기까지 생존시 만기보험금 지급받으실 수 있습니다. 자세한 사항은 "우체국보험 홈페이지(www.epostlife.go.kr)-보험상품-유형별-장애인전용보험-무배당 어깨동무보험 2109 2종(암보장형)"에서 확인이 가능합니다. 단, 중도해지 및 환급금 대출이 불가하니 참고하여 주시기 바랍니다.

Q6. 암진단보험금 또는 만기보험금 수령에 따른 수급자격 변동여부가 궁금합니다.

보험금 수령에 따른 수급자격 변동은 신청하시는분께서 확인하셔야 합니다. 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형)의 암진단보험금은 150만원에서 최대 1,000만원 이며, 만기보험금은 '24년도 가입금액(482,100원~1,360,100원)의 30%(약 15~40만원)입니다.

- 청약심사 후 이상없이 보험가입이 완료된다면 20년 동안 보험혜택을 받을 수 있으므로, 지급사유 발생시 "우체국 보험 고객센터(1599-0100)"에 문의
(※ 암보장개시일 이후에 효력 발생)

참고 2 추천기관 및 추천서 작성시 유의사항

□ 추천기관 유의사항

- 추천기관은 반드시 업무지원 담당자 1인을 지정하여 대상자를 추천하고, 보험가입 대상자의 보험가입을 위해 필요한 제반사항을 지원해야 함

< 업무지원 담당자 역할 >

- 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 추천 및 선정결과 확인(재단 홈페이지)
- 보험가입 대상자에 선정 안내, 보험가입을 위한 우체국의 추천기관 방문일정 조율
- 보험가입시 기관 내 가입장소 확보, 보험가입 대상자 시설 집결
- 보험가입 시 필요한 서류 제출(업무지원 담당자 → 우체국 보험가입 담당자)
- 기타 보험가입 관련 우체국에서 요청하는 업무 지원

○ 보험 가입 방법

- 보험 가입은 대상자 추천기관에서 진행
- 단, 개인신청자(주민센터 추천)는 우체국 방문을 통한 보험가입을 원칙으로 하되, 부득이한 경우 보험가입 대상자의 거주지로 우체국 담당자가 방문할 수 있음
- ※ 가입대상자로 선정되어도 보험계약 청약심사 과정에서 보험가입이 거절될 수 있음

○ 보험가입 대상자 사전 확인사항

- 보험가입 시 진행되는 절차(보험가입에 대한 의사 확인, 약관 설명, 청약서 작성 등)가 불가할 경우 보험가입이 어려울 수 있으며, 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효처리 될 수 있음
- 보험가입 시, '계약 전 고지의무(건강, 직업, 키, 체중 등)'가 있으며, 가입한도액 (3,000만원) 초과, 개인질환, 기타사유 등으로 청약거절이 될 수 있음
- ※ 성년후견제도에 따라 후견인이 지정되어 있는 경우, 반드시 후견인의 동의 필요
- 중도해지(보험기간 20년) 및 환급금 대출 불가
- ※ 중도해지 시 수령금액 0원, 만기생존시 만기보험금(약 15~40만원) 수령 가능
- 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자 가입 불가

< 보험가입여부 확인방법(본인확인 필요) >

- 우체국 보험 고객센터 : 1599-0100(발신자 부담)
- 우체국보험 홈페이지(www.epostlife.go.kr) - 보험관리 - 조회 - 계약사항조회
- ⇒ 일반로그인(금융인증서/공동인증서/카카오페이 로그인)
또는 간편 로그인(휴대폰 간편로그인, PASS 간편로그인)
- 우체국보험 모바일 앱 : 나의계약 - 본인인증 후 "계약사항조회"에서 확인 가능
- ⇒ 일반 로그인(금융인증서/공동인증서/카카오인증) 또는 간편 로그인(PASS인증)
- ※ 본 보험은 2001년부터 지원되었으며, 계약자는 "과학기술정보통신부 장관", 피보험자 및 보험수익자는 "해당 장애인"임

□ 증빙서류 제출시 유의사항

- 모든 증빙서류는 2023년 12월 1일 발급분부터 인정
 - 증빙서류 제출기준은 "증빙서류 안내(참고3)"를 참고
- 제출서류의 **주민등록번호 뒷부분 6자리는 반드시 숨김처리** 후 제출
 - ⇒ (예시) 900101-1***** (※ 보험가입을 위한 생년월일/성별 확인 필요)
- 주장애 및 부장애가 있는 경우, 장애인증명서 제출 필수
 - ※ 추천서에 주장애와 부장애 체크 후,
장애인등록증(복지카드) 사본만 제출시 명시된 장애만 인정
- 장애인등록증(복지카드) 사본은 앞/뒤 모두 나와있어야 함
 - ※ 유효기간 만료, 앞 또는 뒤 한쪽만 제출시 심사에서 제외될 수 있음
- 제출 서류의 미제출 및 오제출, 내용확인이 불가능한 경우 심사에서 제외되거나 해당사항이 인정되지 않을 수 있음
- 필수 제출서류 및 선택 제출서류는 원본 제출을 원칙으로 하되, 불가시 복사본에 추천 담당자 확인 서명을 날인하여 제출

□ 추천서 작성요령

1. 추천기관 사항
 - 기관명 : 사회복지시설명 또는 단체명
 - 성명 : 업무지원 담당자명
 - 직통전화번호 : 업무지원 담당자에게 바로 연락할 수 있는 전화번호(내선 포함)
 - 기관주소 : 보험에 대한 안내, 청약서 작성 등 보험가입을 진행할 추천기관의 주소
 - ※ 추천한 대상자가 보험가입 대상자로 선정되었을 때, 보험가입을 위해 우체국 소통, 가입대상자에 안내, 보험가입시 동석해서 참여할 수 있는 담당자 정보
 - ※ 단, 개별신청자는 '기관명(주민센터명) / 직위 / 직통전화번호'만 기재
2. 추천대상 일반 사항
 - 생년월일 : 보험료 산정을 위한 사항으로 주민등록등본의 앞에서 7자리
 - 비상연락처 : 부모/형제 등 보험가입 시 지원이 가능한 사람의 연락처 작성
 - 주소 : 추천 대상자가 거주하고 있는 거주지 주소
 - 장애 정도 : 주장애 및 부장애(해당자) 체크 후 각각의 장애유형 및 장애정도 작성
 - 소득기준(국민기초생활보장수급자) : 수급자증명서에 명시된 급여사항 체크,
3. 추가사항
 - 가구유형/거주시설 입소 여부 : 해당 없음 또는 해당사항 체크
4. 증빙서류 제출 여부 : 해당서류 증빙 후 체크

참고 3 증빙서류 안내(※ 모든 서류는 2023. 12. 1. 발급분부터 인정)

◆ 모든 서류는 주민등록번호 뒷번호 6자리는 반드시 숨김처리 후 제출하되, 가족관계 확인에 필요한 정보(성명, 생년월일, 관계 등)가 포함되어야 함

1. 필수 제출 서류 목록(※ 반드시 본인 명의 발급)

구분		증빙서류	발급처
장애인		장애인증명서 또는 장애인등록증(복지카드) 사본(앞/뒤) ※ 주장애 및 부장애가 있는 경우 장애인증명서 제출	주민센터, 복지로
소득 기준 (택1)	국민기초생활 보장수급자	수급자 증명서	주민센터, 정부24
	차상위계층	차상위계층 확인서, 자활근로참여 확인서, 장애인연금·장애수당 수급자 확인서	주민센터, 복지로
		차상위 본인부담경감대상자 증명서	국민건강보험공단

2. 선택 제출 서류 목록(※ 해당자)

구분		증빙서류	발급처
가구 유형	한부모가정	[본인 또는 가족명의] 한부모가족 증명서 ※ 가족명의 발급시 가족관계증명서(상세) 추가	주민센터, 정부24
	조손가정	[본인 기준] 주민등록등본	주민센터, 정부24
	독거가구	[본인 기준] 주민등록등본(※ 거주시설 입소자 제외)	주민센터, 정부24
	다문화가정	[본인 또는 가족명의] 주민등록등본, 외국인등록 증, 기본증명서(상세) 중 선택 제출 ※ 가족명의 발급시 가족관계증명서(상세) 추가	주민센터, 정부24
	탈북민가정	[본인 또는 가족명의] 북한이탈주민등록확인서 ※ 가족명의 발급시 가족관계증명서(상세) 추가	주민센터, 정부24, 하나포털
거주시설 입소여부	거주시설 입소자	입소사실확인서 * 거주시설 입소자는 독거가구 미인정	해당 거주 시설

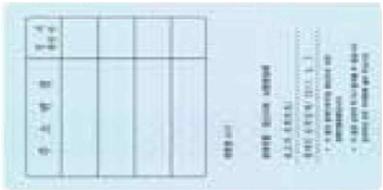
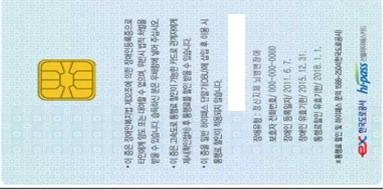
※ 각 증빙서류는 주민센터 방문 또는 정부24(www.gov.kr), 복지로(www.bokjiro.go.kr), 대법원 전자가족관계등록시스템(efamily.scourt.go.kr) 홈페이지에서 발급 가능

3. 증빙서류 양식

- 장애인증명서(※ 장애인복지법 시행규칙 [별지 제9호 서식])

제 호			
장애인증명서			
장애인	성명	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)	
	영문명		
	주소		
	보호자(필요시 기재)	보호자와의 관계(필요시 기재)	
		사진 3.5cm × 4.5cm	
주장애 및 장애 정도		부장애 및 장애 정도	
등록번호		최초·재취득 등록일자	
종합 장애 정도			
제출처 및 용도			
위 사람은 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인임을 증명합니다.			
년 월 일			

- 장애인등록증 앞/뒤(※ 주민등록번호 뒷부분 6자리, 카드번호는 반드시 숨김처리)

카드종류		카드 모양	
		앞면	뒷면
신분증형	일반형		
	통합형		
금융카드형	일반형		
	통합형		

- 수급자 증명서(※ 국민기초생활 보장법 시행규칙 [별지 제3호의2])

<p>제 호</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">수급자 증명서</p> <p>1. 성명: _____ (생년월일: _____)</p> <p>2. 세대주 성명(시설명): _____ (세대주와의 관계: _____)</p> <p>3. 주소(소재지): _____</p> <p>4. 수급자 구분:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 생계급여 일반수급자</td> <td><input type="checkbox"/> 생계급여 조건부 수급자</td> <td><input type="checkbox"/> 의료급여 수급자</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 주거급여 수급자</td> <td><input type="checkbox"/> 교육급여 수급자</td> <td><input type="checkbox"/> 보장시설 수급자</td> </tr> </table> <p>5. 제출용도: (용 도) (제출처)</p> <p>「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제40조에 따라 위와 같이 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자임을 증명합니다.</p>	<input type="checkbox"/> 생계급여 일반수급자	<input type="checkbox"/> 생계급여 조건부 수급자	<input type="checkbox"/> 의료급여 수급자	<input type="checkbox"/> 주거급여 수급자	<input type="checkbox"/> 교육급여 수급자	<input type="checkbox"/> 보장시설 수급자
<input type="checkbox"/> 생계급여 일반수급자	<input type="checkbox"/> 생계급여 조건부 수급자	<input type="checkbox"/> 의료급여 수급자				
<input type="checkbox"/> 주거급여 수급자	<input type="checkbox"/> 교육급여 수급자	<input type="checkbox"/> 보장시설 수급자				

- 차상위계층 확인서(※ 국민기초생활 보장법 시행규칙 [별지 제7호 서식])

차상위계층 확인서			처리기간
			즉시
성명 (대상자)		생년월일	
주소 (소재지)			
세대주 성명		세대주와의 관계	
용 도			
제 출 처			
<p>「국민기초생활 보장법」 제2조, 같은 법 시행령 제3조 및 같은 법 시행규칙 제38조제4항에 따른 차상위계층임을 확인하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인 (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: right;">(대상자와의 관계 :)</p>			

- 자활근로참여 확인서(※ 복지부 ‘자활사업안내’)

[서식 23호] 자활근로참여 확인서

자 활 근 로 참 여 확 인 서			처리기간
			즉 시
성 명		주민등록번호 앞7자리 (외국인등록번호)	000000-0
주 소 (소재지)			
세대주성명 (시설명)		세대주와의 관계	
참여구분	(생계·의료·주거·교육) 수급자 / 차상위 자활 / 기타 ()		
참여기간	년 월 일 ~ 년 월 일		
사업내용			
용 도			
제 출 처			
<p>「국민기초생활보장법」 시행령 제20조에 따른 자활근로 참여를 확인하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">대상자와의 관계</p>			

※ 참여구분의 “기타()” 미해당

- 장애인연금장애수당 수급자 확인서(※ 복지부 ‘장애인연금 사업안내’)

(서식 23호)

장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 수급자 확인서			처리기간
			즉시
성 명		생년월일 (외국인등록번호)	
주 소 (소재지)			
세대주성명 (시설명)		세대주와의 관계	
용 도			
제 출 처			
수급자 구분	<input type="checkbox"/> 장애인연금(<input type="checkbox"/> 기초부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위초과부가급여) <input type="checkbox"/> 장애수당(<input type="checkbox"/> 기초 <input type="checkbox"/> 차상위) <input type="checkbox"/> 장애아동수당(<input type="checkbox"/> 기초 <input type="checkbox"/> 차상위 / <input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증) ※ 기초 : 생계 또는 의료급여 수급자 ※ 차상위 : 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급자), 차상위계층 ※ 차상위초과 : 기초 또는 차상위에 해당되지 아니한 자		
<p>「장애인연금법」, 「장애인복지법」 제49조 및 같은 법 제50조제1항에 따른 장애인연금, 장애수당 및 장애아동수당 수급자임을 증명하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p>			

※ 수급자 구분의 ‘장애인연금 중 차상위초과부가급여’, ‘장애아동수당’ 미해당

- 차상위 본인부담경감대상자 증명서(※ 복지부 ‘차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내’)

[서식 6호] 차상위 본인부담경감대상자 증명서

차상위 본인부담경감대상자 증명서			
대상자	성명		주민등록번호
	증번호		발급번호
차 상 위 경 감 대 상 자 확 인 내 역 서			
연번	자격취득일	자격상실일	경감유형
1			
2			
3			
4			
5			
차상위 본인부담경감 대상자임을 증명하여 주시기 바랍니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 국민건강보험공단 이사장 귀하			

- (선택) 한부모가족 증명서(※ 한부모가족지원법 시행규칙[별지 제2호 서식])

제 호

한부모가족증명서

1. 성명: (생년월일:)

2. 세대주 성명(시설명): (세대주와의 관계:)

3. 주소(소재지):

4. 제출용도:
(용 도)
(제출처)

5. 선정일자:

「한부모가족지원법 시행규칙」 제3조의3에 따라 위와 같이 「한부모가족지원법」 제5조 및 제5조의2에 따른 한부모가족 지원대상자임을 증명합니다.

- (선택) 북한이탈주민 등록 확인서

(※ 북한이탈주민 거주지 보호 및 신원확인 등에 관한 예규[별지 제2호서식])

제 호			
북한이탈주민 등록 확인서			
인적 사항	성 명		성 별
	생년월일		입 국 일
			보호결정일
상기인은 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」 제8조의 규정에 의거 북한이탈주민으로 등록된 자임을 확인합니다.			
년 월 일			
통일부장관			직인