

<2025년 사각지대 이주배경아동 건강권 지원사업>

I 사업 개요

가. 사업명: <사각지대 이주배경아동 건강권 지원사업>

나. 사업목적: 사각지대 이주배경아동의 의료접근성을 확보하여 건강한 성장발달 및 사회적응을 지원함

다. 사업기간: 2025. 7. ~ 12. / 6개월 (※예산 소진 시 조기 종료)

라. 사업대상: 건강보험 미가입 혹은 상실, 중지된 건강권 사각지대 이주배경아동(미등록)

마. 지원대상 및 내용

구분	건강 패키지	긴급 의료비 지원
지원항목	예방 접종비, 건강 검진비, 의료 통역서비스비, 영양제 등	수술비, 치료비, 진단비, 약제비 등 (특수치료, 미용 목적 치료 제외)
지원대상	만 12세 이하 (2025년 기준, 2013년 출생 아동까지)	만 18세 이하 (2025년 기준, 2007년생 출생 아동까지)
지원금액	아동 1명당 50만 원	아동 1명당 최대 500만 원
참고사항	※ 부모가 미등록 체류 상태에서 아동을 출산한 경우 등, 별도의 지원이 필요하다고 인정된 사례는 심의 후 지원 가능 ※ 협력(유관)기관을 통해 사례관리 또는 모니터링이 가능한 사례 한해 신청 ※ 건강 패키지, 긴급 의료비 지원 중복 신청 불가	

II 사업 일정

가. 진행 일정

신청 접수	지원결정 안내	후원금 지급	결과보고 제출
2025. 7. 1.(화) ~ 7. 23.(수)	8월 중순 이내	8월 말 ~ 9월 초 예정	후원금 소진 후, 한 달 이내 제출 (~12월까지)

※ 참고사항

- 후원금 사용기간 고려하여 의료비 신청 (후원금 연내 소진 / 잔액 반납 불가)

나. 지원항목

1) 건강 패키지

지원항목	세부내용
예방접종비 ¹⁾	- 국가 필수 예방 접종비(총 17종), 인플루엔자(독감) 등
건강검진비 ²⁾	- 아동 연령대별 필요한 건강검진비
의료 통역서비스비	- 의료진과 의사소통이 어려운 경우, 필요한 통역서비스비
영양제, 영양식 등	- 성장기에 필요한 영양제 및 영양식 등

※ 참고사항

- 예방접종비, 건강검진비, 통역서비스비 중 최소 1개 항목 필수 포함하여 신청
- 선정된 아동 1명당 50만 원 일괄 지급 예정

2) 긴급 의료비 지원

지원항목	세부내용
수술비 및 치료비	- 질병 또는 부상, 장애 등으로 필요한 수술비 및 치료비 (외래치료비 포함 신청 가능)
진단 검사비	- 의료기관 소견으로 정밀 진단 검사가 필요한 경우 (MRI, CT, 조직검사비 등)
치과 치료비	- 치아우식, 부정교합 등
의료 통역서비스비	- 의료진과 의사소통이 어려운 경우, 필요한 통역서비스비
약제비	- 치료에 필요한 약제비

※ 참고사항

- 특수치료비(심리치료 등), 미용 목적 치료, 간병비 지원 불가
- 신청 접수마감일(7/23 수)로부터 한 달 전까지 발생한 의료비용에 한하여 소급지원 가능
- 타 지원사업 중복 신청 가능(지자체 의료비지원사업 등)

1) 보건복지부(2025) 「[어린이 국가예방접종사업 참고](#)」

2) 국민건강보험공단(2025), 「[건강검진 실시 안내 참고](#)」

가. 신청기간: 2025. 7. 1.(화) ~ 7. 23.(수)

나. 제출방법: 초록우산 지역본부 (아동 현재 거주지 기준)

다. 제출서류(고유식별번호 비공개 처리 후 제출)

신청서류		세부안내
공 통 서 류	1. 신청서(붙임2, 3)	- 건강패키지 신청의 경우, 붙임2 파일 작성 - 긴급 의료비 신청의 경우, 붙임3 파일 작성
	2. 개인정보 수집 및 이용동의서(붙임4, 5)	- <u>신청 항목(건강패키지 / 긴급의료비)에 따라 신청서 및 동의서가 상이 하므로 유의바람</u>
	3. 아동 신원확인 가능 서류	- 아동 여권, 출생증명서(병원), 출생신고서(자국대사관) 중 제출 가능한 서류 중 택1
	4. 보호자 신원확인 가능 서류	- 보호자 여권, 외국인등록증 중 제출 가능한 서류 중 택1
	5. 사실확인서(붙임3)	- 보호자 및 아동에 대한 체류 및 경제상황 등 서술 포함하여 제출
의 료 비 신 청	6. 진단서 또는 소견서	- 아동의 질병 또는 부상 등을 알 수 있는 서류
	7. 치료비 추정서	- 진단 및 소견에 따라 필요한 치료 기간 및 비용 세부 내역 ※ 수술비의 경우, 병원에서 발급하는 치료비 추정서 제출 ※ 치료비의 경우 최근 3개월~6개월 가량의 치료내역(진료비 영수증)을 근거로 치료비 산출 가능
	8. 경제상황 증빙서류	- 근로확인서, 근로계약서, 급여통장사본(최근 3개월) 제출 가능한 서류 중 택1 ※ <u>이주배경아동의 특수성(미등록 등)으로 인해 경제상황 증빙서류 구비가 어려울 경우, 추천기관의 <붙임3. 사실확인서>로 대체 가능</u>

※ 참고사항

- 건강 패키지 신청시: 공통서류만 제출(1번~5번)

- 긴급 의료비 신청시: 공통서류 ~ 의료비 신청서류 제출(1번~8번)

- 보호자·아동의 여권 등 신청기한 내 재발급 어려운 경우, 만료된 사본으로 대체 가능

가. 제출기한: 후원금 소진 이후, 한 달 이내 제출 (연내 소진 필수)

나. 제출방법: 초록우산 지역본부 (아동 현재 거주지 기준)

다. 제출서류: 결과보고서 및 사진 (*지원결정 안내시, 결과보고서 양식 발송 예정)

라. 관련문의

- 초록우산 전국 지역본부 연락처(홈페이지 참고)

지역	연락처	지역	연락처
서울	02-325-2257	강원	033-762-9171
인천	032-875-7010	충북	043-256-4493
대전	042-477-4072	충남	041-578-7173
세종	044-865-5527	전북	063-276-2800
부산	051-505-3117	전남	061-332-8993
울산	052-275-3456	경북	054-273-7333
대구	053-756-9799	경남	055-237-9398
광주	062-351-3513	제주	064-753-3703
경기북부	031-965-8101	경기	031-234-2352
※경기북부 관할지역: 부천, 포천, 동두천, 남양주, 구리, 광명, 김포, 연천, 파주, 시흥, 안산, 양주, 고양, 가평, 의정부		※경기 관할지역: 안양, 수원, 의왕, 과천, 성남, 군포, 용인, 이천, 여주, 화성, 오산, 안성, 양평, 하남	