

한의학을 국민속으로! 한의학을 세계속으로!

서울특별시한의사회

우)130-817 / 서울시 동대문구 고산자로 420(용두동,경동프라자) 421호 / 전화 (02)960-0811(대) / 전송 (02)960-0813
기획부 차장:윤상환 담당:진민지 / 홈페이지: www.soma.or.kr / E-mail: seouloma@naver.com

문서번호 서한의 제 139 호
시행일자 2014. 7. 7. (년)
경 유
수 신 분 회 장
참 조 사무국장

선 결			지 시		
접 수	일자	. .	결 재		
	시간	:			
	번호		공 람		
처 리 과					
담 당 자					

제 목 세월호 사고 관련 환자 진료 안내

1. 한의학과 협회 발전을 위한 노고에 진심으로 감사드립니다.

2. 2014. 4. 16에 발생한 세월호 침몰사고와 관련하여 다음과 같이 '세월호 사고 관련 환자 진료 안내'를 하오니, 귀 분회 소속 회원들이 관련업무에 참고할 수 있도록 안내하여 주시기 바랍니다.

□ 첨부 : 세월호 사고 관련 환자 진료 안내 1부. 끝.

서울특별시한의사회장



세월호 사고관련 환자 진료 안내

□ 개요

: 세월호 침몰(2014. 4. 16)로 인해 관련 부상자 등에 대한 원활하고 적절한 진료를 위하여 의료진에게 치료비를 지원함. (2014년 말까지 한시적 운용, 정신질환에 대한 치료의 상병코드는 「Z719(상세불명의 상담)」 하며, 외상후 스트레스장애(PTSD)는 금년에 동일하게 적용하며 이후는 별도 기준 수립 예정)

□ 지원대상

- 세월호 승선자
- 승선자와 승선자 가족(동일세대 또는 직계존비속 가족관계, 배우자의 부모, 형제·자매 또는 보건복지부장관이 인정하는 자 (승선자와 주거 또는 생계를 같이 하는 자 등 - 부모의 사정 등으로 이모나 고모 등 친인척과 거주하는 자)
- 구조활동 중 부상자
- 단원고 재학생 및 교직원

□ 지원 대상 질환 판단 안내

: 의료진이 사고와 연관성이 있다고 판단한 질환, 현장구조 활동 중 부상질환을 대상으로 신체적·정신적 질환 모두 포함 (* 동 사고와 연관성이 명백하게 없는 경우, 의료기관은 일반적인 건강보험 이용절차를 적용하고 대상자에게 설명)

- ① 사고로 인하여 발생한 신체적 질환
- ② 사고로 인하여 발생한 정신적 질환
- ③ 사고로 인하여 과거부터 앓고 있는 질환이 악화·재발된 경우
- ④ 기타, 의료진이 판단하여 사고와 연관성이 있는 경우

□ 진료비 지원 내용 및 청구방법 등

- 지원내용 : 급여진료비(본인부담금 포함) + 비급여진료비(검사, 처치, 약제 등)
(※ 단, 특실 및 1인실 비용 지원 안됨)
- 청구방법 및 청구처 문의처 (* 지원대상 여부는 유선으로만 확인 가능)
 - 승선자 (한국해운조합 문의하여 지원대상 여부 확인 및 청구절차 안내받아 처리)
: 한국해운조합 보상지원반 (02-6096-217~2)
 - 승선자 외 (건보공단에 문의하여 지원대상 여부 확인 후 심평원에 건강보험청구와 같이 청구 (* 청구프로그램을 확인하여 해당 사항의 청구 기능 탑재 여부 확인 필요)
 - 지원 대상자 확인 및 전반사항 : 02-3270-6789 (건보공단 상황대책본부)
 - 진료비 청구문의 : 02-500-3600~1 (심평원 콜센터)

관련서류 2) 치료비 지급 신청서 양식 (대상미확인환자 → 건보공단 또는 해운조합에 제출)

치료비 지급 신청서								
진료받은 사람	성 명				주민등록번호			
	전화번호				휴대폰번호			
	구 분	<input type="checkbox"/> 승선자 본인 <input type="checkbox"/> 구조활동 참여자(소속 : _____)						
		<input type="checkbox"/> 승선자 가족 (승선자 성명 : _____, 생년월일 : _____) <input type="radio"/> 배우자 <input type="radio"/> 부모(배우자의 부모 포함) <input type="radio"/> 조부모(외조부모 포함) <input type="radio"/> 자녀 <input type="radio"/> 형제, 자매 <input type="radio"/> 기타 (_____)						
		<input type="checkbox"/> 승선자 외 단원고(학생, 교직원)						
정보수신여부	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		수신방법	<input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-MAIL (_____)				
대리인 (신청인)	성 명				주민등록번호			
	관계		전화번호			휴대폰번호		
신청액	합계 (①+②)	원		① 법정 본인부담금	원		② 비급여 본인부담금	원
지급받을 계좌	은행명				예금주			
	계좌번호							
	예금주가 진료받은 사람과 다른 경우	관계 : _____ 타인 계좌 신청 사유 : _____						
<p>위와 같이 치료비 지급을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 : _____ (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">국민건강보험공단 이사장 · 한국해운조합 이사장 귀하</p>								
첨부서류	1. 치료비 계산서·영수증 1부. 2. 신청자(대리인) 신분증 사본 - 입금할 계좌가 진료받은 사람 명의의 계좌가 아닌 경우, 신청자(대리인) 및 예금주 신분증 사본을 제출하여야 합니다.							
※ 지급금액은 사고와 연관성 있는 질환 여부, 의료진의 판단 등을 종합적으로 고려하여 결정됩니다. ※ 상기 신청 사항이 사실과 다르거나 사후 확인 결과 지원대상자가 아닌 경우에는 지원된 치료비가 환수될 수 있습니다.								

