

의 료 지 원 신 청 서

신청기관명		담당자		연락처		
대상자 인적사항	성 명		주민등록번호			
	집 전 화		휴 대 전 화			
	주 소					
	장애등록	☐ 없음 ☐ 있음 (장애명: _____ 등급: _____)				
	정부지원	☐ 없음 ☐ 수급자 ☐ 차상위 ☐ 기타 (_____)				
	의료보장	☐ 의료급여 ()종 ☐ 차상위특례 ()종 ☐ 건강보험 (☐ 직장 ☐ 지역 / 월 _____ 원)				
의료상황	진단명		발생시기	☐ 선천적 ☐ 후천적		
	발생사유					
	치료현황	☐ 외래 진료 및 검사(병원명: _____) ☐ 수술 (병원명: _____ / 수술횟수: _____ 회) ☐ 진료경험 없음				
가족사항 (보호자)	관계	성명	연령	연락처	직업	동거여부
경제상황	주 거	☐ 월세 ☐ 전세 ☐ 자가 ☐ 기타	보증금 (시세)		임대료 (월세)	
	월 소 득	만원	금융자산	☐ 없음 ☐ 있음 (_____ 원)		
신청내역	☐ 입원/수술 ☐ 외래 ☐ 검사 ☐ 약제비 ☐ 기타 (_____)					
대상자 상태 및 의료지원 필요성						
위 기록사항은 사실임을 확인하며 의료비 지원을 신청합니다. _____ 년 _____ 월 _____ 일 신청자 : _____ (인)						
JS노송병원 사회복지후원회 담당자 귀하						
문의전화 010-7347-2114 / 팩스 032-516-9500 / js1004@jsnohsong.kr						