

한국실명예방재단

우05685 서울 송파구 송파대로 43길 4 (석촌동, 삼성타운 3F) / TEL 070-7542-4726 / FAX 070-7966-6326

사무총장 김 춘 기 의료비지원사업본부장 박영자 E-mail: kfpb1004@hanmail.net

문서번호 한실의료 25-119

시행일자 2025. 5. 20.

수 신 각 교 육 감

참 조

제 목 저소득층 24세 이하 눈 의료비 지원 관련 협조 요청

1. 귀 교육청의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 우리 재단은 저소득층의 눈 질환 수술에 대한 눈 의료비를 지원하여 “다 함께 밝게 보는 세상” 만들기를 추구하는 재단법인입니다. 이에 경제적 어려움이 있는 아동·청소년에게 눈 수술비를 지원함으로써, 대상자들의 경제적 부담을 경감시키고 일상생활이 가능한 시력으로 향상시켜 만족감을 향상시키며 특히 아동·청소년의 자존감을 회복시켜 삶의 질을 제고하고 있습니다.
3. 이에 삼성디스플레이에서 후원하는 저소득층 24세 이하 눈 의료비 지원에 대하여 다음과 같이 안내드리니, 동 내용을 귀 교육청 소속 각 학교에 널리 알려주시어 가정형편이 어려운 대상자들이 눈 수술을 원활히 받을 수 있도록 협조하여 주시면 감사하겠습니다.

- 다 음 -

가. 지원 대상자(저소득층 24세 이하)

- 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층
- 「한부모가족지원법」에 따른 지원대상자
- 중위소득 120% 이하

* 2025년 건강보험료 소득판정기준표 참조【별첨 1】

나. 지원 내용 및 범위

- 대상 질환: 사시, 안검내반증(눈썹 찢림증), 백내장, 명맥질환, 녹내장, 눈물샘 등 안과적 질환 수술
- 지원범위: 선정된 날 이후의 수술 전 검사비 1회와 수술비 관련한 본인 부담금 전액

* 만10세 이상 사시수술은 건강보험적용이 안되는 비급여수술로, 수술
관련한 본인부담금이 약 400~500만원 정도임

다. 제출서류

- ① 눈 수술비 지원 신청서 【서식 1호】
- ② 개인정보수집 및 이용제공동의서 【서식 2호】
- ③ 수술할 병원의 안과 진단서 또는 진료소견서 (어느 쪽 눈, 수술명 기재)
- ④-1 수급자: 수급자증명서 · 한부모가족증명서 등
- ④-2 중위소득 120% 이하: 건강보험 자격확인서, 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- ⑤ 눈 수술 지원대상자 프로필 및 사연 【서식 3호】
- ⑥ 주민등록등본
- ⑦ 자유로운 양식의 그림편지 (재단으로 원본 송부)
* 재단 주소: 서울 송파구 송파대로 43길 4, 삼성타운 3층, 한국실명예장재단)
- ⑧ 수술 전 · 후 얼굴 사진(재단 휴대전화 010-6564-4726으로 송부)

※ 접수된 서류는 반환되지 않음

※ 모든 서류는 **최근 1개월 이내** 발급된 서류만 인정

붙임: 삼성 무지개 사업 관련 문서 1부 및 포스터 3부. 끝.

[별첨 1]

2025년 건강보험료 소득판정기준표

- 2025년 중위소득 120% 이하

가구원수	건강보험료 본인부담금(원)		
	적장가입자	지역가입자	혼합(적장+지역)
1인	102,613	22,380	
2인	168,410	105,787	170,193
3인	215,933	151,146	219,196
4인	261,360	208,471	266,302
5인	302,462	260,307	311,031
6인	354,964	320,449	369,517
7인	386,684	357,963	407,092
8인	431,294	411,250	461,699
9인	461,699	447,279	506,004
10인	506,004	496,008	552,230

재단법인 한국실명예방재단 이사장



삼성 무지개(무료지원개안)사업 신청 안내

재단 주소: (05685) 서울시 송파구 송파대로 43길 4, 삼성타운 3층. 한국실명예방재단
대표번호: 02-718-1102 팩스: 02-719-6329 / 070-7966-6326 E-mail: kfpb1004@hanmail.net

함께가요 미래로!
Enabling People

<삼성 무지개(무료지원개안)사업>
삼성디스플레이와 한국실명예방재단이 취약계층 아동청소년을 대상으로
눈 질환 본인부담금 의료비를 지원합니다

삼성디스플레이는 기술과 사람을 더욱 가치 있게 연결하는 최고의 디스플레이를 만듭니다.
'보여주는' 업의 본질을 살려 임직원과 함께 사회공헌사업 무지개(무료지원개안)사업을 지원합니다.

□ 지원 질환

24세 이하 아동청소년 대상 사시, 안검 내반증(눈썹 찢림증), 백내장, 망막질환, 녹내장, 눈물샘 등의 안과적 수술(레이저 및 유리체강내 주사치료 포함) 지원

□ 접수대상 및 기준

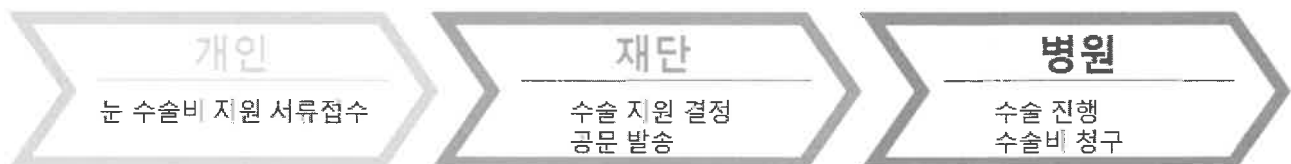
① 국민기초생활보장법에 따른 수급자 또는 차상위계층

- ▷ 차상위계층 : 차상위장애인, 차상위본인부담 경감, 차상위자활, 차상위계층확인, 한부모가족
- ▷ 행려환자, 타법 적용자(국가유공자, 이재민 등) 의료급여 1종은 지원 불가

② 중위소득 120% 이하

- ▷ 2025년 건강보험료 소득판정기준표 참조 【별첨 1】

□ 지원 절차



- ① 접수에서 지원 선정까지 약 10일 소요(응급 수술의 경우 별도 선정)
- ② 선정결과 통보 : 1차 문자 발송 / 2차 유선 상담
 - ▷ 지원 대상자로 선정된 후 3개월간 유효

□ 신청 방법

- ① 개인 신청 접수 (이메일, 팩스를 통해 서류접수 가능, **이메일 접수 권장**)
 - ▷ 대상자가 눈 의료비 지원 신청서를 작성하여 해당 구비서류와 함께 제출
 - ▷ 담당 공무원이 대상자 발굴하여 신청 가능
- ② 응급 수술인 경우 병원의 사회사업실 등의 담당부서를 통해 신청 가능
- ③ 신청자 : 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인, 담당 공무원

□ 지원 범위

- ① 신청 질환과 관련한 의료비 및 수술 전 검사비 1회(혈액·소변·심전도·눈초음파 등)
 - ▷ 선정된 날 이후의 수술 전 검사비와 수술비 관련한 **본인부담금 전액**
- ② 안구내 주입술(아바스틴 · 루센티스 · 아일리아 · 마카이드 등)의 경우,
지원 대상자 선정 후 3개월 이내 사전 검사 2회, 주사 2회
 - ▷ 지원 연장 시 수급자 증명서를 재단으로 송부 요망
 - ▷ 아바스틴 주입술 : 건강보험심사평가원의 승인문서 첨부시 지원
 - ▷ 루센티스 · 아일리아 · 마카이드 등 주입술 : 건강보험 적용시 지원
- ③ 후발성백내장 · 망막 · 녹내장 등의 레이저 치료비 : 건강보험 적용에 해당되는 경우

□ 지원 제외

- ① 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비 지원 불가
- ② 예산 소진 시 지원 불가
- ③ 간병비, 상급병실료, 제증명료, 보호자 식대 등 비급여 항목
- ④ 통원진료비
- ⑤ 일부 비급여 치료재료대 (특수렌즈·난시교정·다초점·조절성 인공수정체 등)
- ⑥ 안과 외 다른 진료과에서 발생한 의료비
- ⑦ 신청 시 첨부한 진단서 및 소견서에 기재되지 않은 내용으로 발생한 의료비
- ⑧ 의료기관 입원 중 또 다른 의료기관을 이용함에 따라 발생한 비급여 의료비
- ⑨ 실손 보험금 수령 및 기타 타 기관과의 지원 중복 수령이 발생할 경우, 지원 불가 및 환수

□ 구비서류

- ① 눈 수술비 지원 신청서 【서식 1호】
- ② 개인정보수집 및 이용제공동의서 【서식 2호】
- ③ 수술할 병원의 안과 진단서 또는 진료소견서 (어느 쪽 눈, 수술명 기재)
- ④-1 수급자: 수급자증명서 • 한부모가족증명서 등
- ④-2 중위소득 120% 이하: 건강보험 자격확인서, 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- ⑤ 눈 수술 지원대상자 프로필 및 사연 【서식 3호】
- ⑥ 주민등록등본
- ⑦ 자유로운 양식의 그림편지 원본(재단 주소로 원본 송부)
- ⑧ 수술 전·후 얼굴 사진 (재단 휴대전화 010-6564-4726 으로 송부)

*접수처에서는 본 안내문을 신청자에게 제공하여 주시기 바랍니다. (2025.5.12.)

※ 접수된 서류는 반환되지 않음

※ 모든 서류는 **최근 1개월 이내 발급된** 서류만 인정

□ 감사편지(그림) 접수 안내

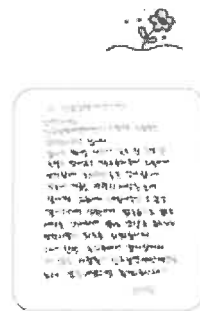
여러분의 소중한 마음을 담아 **수술 후 감사편지**를 보내주시면, 후원처로 전달해 드립니다.
아래의 재단 주소로 편지를 보내주세요.

▷ 재단 주소 : (05685) 서울시 송파구 송파대로 43길 4, 삼성타운 3층 한국실명예방재단

사람이 되고 싶습니다. 저는 앞으로 꿈을 이루기 위해 누구보다도 더 노력하고 성실한 사람이 될 것입니다! 그래서 다른 사람들 도와줄 수 있는 사람도 되겠습니다. 다시 한번 감사드리고 도와주신거 잊지 않고 더 열심히 감사히 할겠습니다.

감사 편지 From 임OO (후원기관 국민연금공단)

안녕하세요. 한국실명예방재단의 지원으로 수술받은 임OO라고 합니다. 갑자기 찾아온 사시에 눈도 잘 안보이고 초점도 맞지 않고 기초수급자라서 수술비가 막막할 때 도와주신 손길 감사합니다. 덕분에 지금은 또렷한 세상을 보며 살아가고 있습니다. 매일어주신 그 손길 잘 기억하며 남들에게 밝은 눈으로 밝은 세상을 안내하여 밝은 영향을 줄 수 있는 멋진 사람이 되도록 하겠습니다. 다시 한번 도와주셔서 감사합니다. 더 많은 사람들이 한국실명예방재단을 통해 빛을 내셨으면 좋겠습니다



감사 편지 From 최OO (후원기관 해성문화재단)

안녕하세요. 저는 이번에 큰 도움을 받게 되어 시력문제를 해결하게 된 행복한 사람입니다. 눈 건강 문제로 하루하루 불안하게 지내며 걱정해 왔는데 형편이 어려워 전전긍긍하던 저에게 후원해주셔서 지금은 눈이 밝아져서 편하게 잘 지냅니다. 자익 이 편안함이 모두 후원자님 덕분입니다. 앞으로 후원자님께 감사하는 마음으로 살겠습니다. 정말 고맙습니다



감사 편지 From 베트남 (후원기관 우리금융미래재단)



감사 편지 장OO(후원기관 캐논코리아)

안녕하세요.
저는 OO초등학교 3학년 장OO입니다.
눈수술 할수있게 후원해주셔서 감사합니다.
예쁜 눈으로 공부 열심히 하고 훌륭한 사람이 될게요.



[서식 1호]

눈 수술비 지원 신청서

접수번호	접수일	처리기간	10일
신청인	성명	대상자와의 관계	
	연락처 (자택)	(휴대폰)	
지원대상자	성명	생년월일	
	주소	전화번호	
	진단명	수술희망병원 :	
		병원전화번호 :	
구 분	<input checked="" type="radio"/> 국민기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 의료급여 이외(주거급여 등) <input checked="" type="radio"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 차상위장애인 <input type="checkbox"/> 차상위본인부담 경감 <input type="checkbox"/> 차상위자활 <input type="checkbox"/> 차상위계층확인 <input type="checkbox"/> 한부모가족 <input checked="" type="radio"/> 중위소득 120% 이하 <input type="checkbox"/>		
비 고	눈 수술비 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비는 지원불가 접수된 서류는 반환되지 않음		

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고, 눈 의료비 지원을 신청합니다.

이
고
다

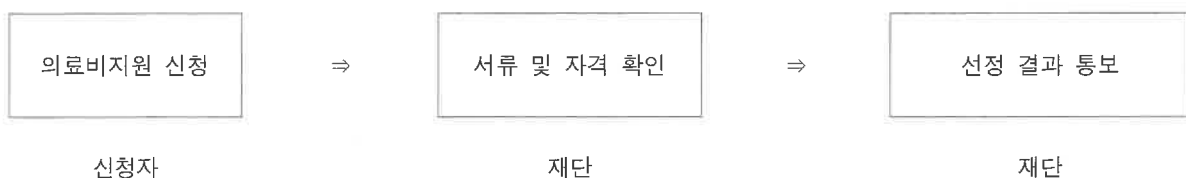
신청인 (서명 또는 인)

담당자 (서명 또는 인)

추천기관 (직인)

첨부서류	1. 안과 진료소견서(또는 진단서) 1부 2. 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서 1부 3. 수급자 증명서 1부 또는 건강보험 자격확인서 및 납부확인서 각 1부	모든 서류는 1개월 이내 발급
------	---	---------------------

처리 절차

210mm×297mm [백상지 80g/m²]

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

☐ 동의자 성명 :

☐ 주민등록번호 :

보건복지부는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 실명예방사업에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용 관련 공공기관 및 단체에 동 개인정보를 제공합니다.

☐ 개인정보 수집·제공 항목

- 인적사항 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 「한부모가족지원법」에 따른 한부모가족 또는 같은 법 제5조의2에 따른 지원대상자 여부
- 관련사항 : 의료료비 지원 신청서, 안과 진료소견서(또는 진단서)

☐ 개인정보 수집 및 이용·제공 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.

- 눈수술 관련 상담
- 의료료비 지원
- 실명예방사업에 대한 연구·통계·홍보

☐ 개인정보 보유 및 이용기간

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

☐ 개인정보 제공기관 및 제공방법

- 보건복지부, 보건소, 한국실명예방재단, 사회보장정보원, 수술시행 의료기관
- 상기 기관에 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.

년 월 일

동의인 : (서명) 지원 대상자와의 관계 :

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재

[서식 2호]

개인정보 등 제공 동의서
(민감정보 제공 및 개인정보·민감정보를 제공받은 자의 제3자 제공)

☐ 동의자 성명 :

☐ 생년월일 :

「실명예방사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

내역	확 인 (✓)
<p><input type="checkbox"/> 민감정보 제3자 제공 내역</p> <p>① 개인정보를 제공받는 자 : 한국실명예방재단, 수술시행 의료기관</p> <p>② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : 실명예방사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행</p> <p>③ 제3자가 제공받는 개인정보 항목 : 진료소견서(또는 진단서) 등 실명예방사업 관련 건강에 대한 정보</p> <p>④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간</p> <p style="margin-left: 20px;">- 한국실명예방재단 : 3년, 사업참여 대상자로 결정 시 5년</p> <p style="margin-left: 20px;">- 수술시행 의료기관 : 3년</p> <p>⑤ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의 안함</p>
<p><input type="checkbox"/> 개인정보를 제공받은 자의 제3자 제공 내역</p> <p>① 개인정보를 제공하는 자 : 한국실명예방재단</p> <p>② 개인정보를 제공받는 자 : 수술시행 의료기관</p> <p>③ 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : 실명예방사업 관련 업무수행</p> <p>④ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 「한부모가족지원법」에 따른 한부모가족 또는 같은 법 제5조의2에 따른 지원대상자 여부</p> <p>⑤ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간</p> <p style="margin-left: 20px;">- 수술시행 의료기관 : 3년</p> <p>⑥ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의 안함</p>
<p><input type="checkbox"/> 민감정보를 제공받은 자의 제3자 제공 내역</p> <p>① 개인정보를 제공받는 자 : 한국실명예방재단, 수술시행 의료기관</p> <p>② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : 실명예방사업 관련 업무수행</p> <p>③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 진료소견서(또는 진단서) 등 실명예방 사업 관련 건강에 대한 정보</p> <p>④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간</p> <p style="margin-left: 20px;">- 수술시행 의료기관 : 3년</p> <p>⑤ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의 안함</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 년 월 일 동의인 (서명 또는 인) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 지원 대상자와의 관계 : </div>	
<p>* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재</p>	

눈 수술 지원 대상자 프로필 및 신청 사연

성명		연령		성별		지역	
질환명(좌안/우안)					희망병원		
생활 환경	가정생활 환경, 경제력 등 기재						
신청 사연	질병 발생시기, 증상, 친구와의 관계 등 수술하기까지의 구체적 상황 설명 기재						

[별첨 1]

2025년 건강보험료 소득판정기준표

- 2025년 중위소득 120% 이하

가구원수	건강보험료 본인부담금(원)		
	직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
1인	102,613	22,380	
2인	168,410	105,787	170,193
3인	215,933	151,146	219,196
4인	261,360	208,471	266,302
5인	302,462	260,307	311,031
6인	354,964	320,449	369,517
7인	386,684	357,963	407,092
8인	431,294	411,250	461,699
9인	461,699	447,279	506,004
10인	506,004	496,008	552,230