

## 「백신접종 이상반응 건강회복 지원사업」 의료비 지원 신청서

접수번호		접수일자	
신청인 (백신 접종청소년)	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	
보호자 (또는 법정대리인)	성명	주민등록번호	
	전화번호	신청인과의 관계	
	주소		
예방접종의 내용	예방접종의 종류		
	접종 장소	접종 일시	
보건소 (코로나19 예방접종 피해보상신청)	관할	보건소	접수 날짜
	피해보상신청 의료비	금	원정 (₩ )

백신접종 이상반응 건강회복 지원사업 시행에 따라 위와 같이 의료비를 신청합니다.

20            년            월            일

신청인 (서명 또는 인)

보호자 (서명 또는 인)

한국교육환경보호원장 귀하

신청인 제출서류	1. 의료비 지원신청서 2. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 1부 3. 가족관계증명서 4. 자녀의 기본증명서(상세) 5. 통장사본(신청자 명의의 통장)	수수료	없음
-------------	--	-----	----

유의사항	확인 (V체크)
한국교육환경보호원은 교육부의 추가 의료비 지급과 관련된 개인정보를 질병관리청으로부터 제공받고자 합니다. 이에 ‘개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서’를 제출하지 않는 경우, 의료기관이 발행한 진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부산정내역서, 의무기록 사본을 추가로 제출해야 합니다.	[      ]

처리절차
------

신청서 작성

▶

접 수

▶

검 토

▶

지원금 산정

▶

결 정

▶

지 급