



성동구보건소



수신자 수신자참조

(경유)

제목 **성동형 의료복지체계 업무협약식에 따른 참여 1차 의료기관 명단 제출 요청**

1. 평소 구정 및 보건행정에 많은 관심과 지원에 감사드립니다.

2. 지난 5월 15일 체결된 성동형 의료복지체계 구축 업무협약과 관련하여 참여 가능한 1차 의료기관 명단을 아래 서식에 따라 제출하여 주시기 바랍니다.

가. 시행시기: 2015. 7. 1.부터 (찾아가는 동주민센터, 건강이음터 운영 연계)

나. 지원대상: 기초생활수급자, 한부모가족, 우선돌봄차상위대상자,

장애인연금수급자, 장애인수당수급자, 기타 구청장이 요청한 자

다. 주요내용: 건강보험 미적용(비급여) 진료비용 20% 감면

라. 적용방법: 지원대상 증명서를 가지고 의료기관 방문시 등록일로부터 1년간 적용

마. 제출기한: 2015. 6. 19. 까지

바. 제출방법: 메일(hy0597@sd.go.kr) 또는 fax (02-2286-7062)

사. 제출서식 (동별 최소 1~2 이상 지정)

참여 의료기관명	소재지	개설자	연락처	주요 비급여 항목	개설자 서명

끝.

성동구보건소장

수신자 성동구의사회장, 성동구치과의사회장, 성동구한의사회장

주무관 김진우 의약팀장 이남희 보건의료과장 代이남희 보건소장 05/29 김경희

협조자

시행 보건의료과-10005 () 접수 ()

우 133-880 서울특별시 성동구 마장로23길 10 성동구 보건소 3 / <http://bogunso.sd.go.kr>

전화 02-2286-7052 / 전송 02-2286-7062 / hy0597@sd.go.kr / 대시민공개

궁금할 때, 불편할 때 국번없이 120으로!