



- 통합돌봄 보건의료 · 건강관리 -
서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
2026년 업무 매뉴얼

2026. 8.

서울특별시

목 차

I. 사업 개요

추진 배경	1
관련 법률 및 지침	1
추진 체계	2

II. 사업 운영

사업 기간	4
지원 대상	4
지원 내용	4
서비스 제공 절차	5
part 1. 방문진료 서비스 제공	6
part 2. 본인부담금 지원	8

III. 행정 사항

참여 의료기관 모집	11
지정 의료기관 관리	12
실적 보고	12

IV. 관련 서식 및 부록

	13
참여 의료기관 신청 관련 서식(의료기관용)	14~17
참여 의료기관 모집 및 선정 관련 서식(보건소용)	18~21
본인부담금 지원금 청구 관련 서식(의료기관용)	22~24
본인부담금 지원금 지급 관련 서식(보건소용)	25~27
본인부담금 지원금 지급 관련 서식(지원센터용)	28
[부록1] 어르신 방문진료 본인부담금 지원금 상세 추가표	29
[부록2] 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 안내문	30

I . 사업 개요

추진 배경

관련 법률 및 지침

추진 체계

□ 추진 배경

- 초고령사회, 고령층 의료비 증가와 더불어 재가 욕구도 증가
 - 만성질환 및 복합질환을 가진 노인인구가 증가하며 고령층의 의료비도 증가하고 있음
 - * 건강보험 진료비 중 65세 이상 진료비 비중 45%(건강보험공단, 2024년)
 - 반면 어르신 대다수는 시설이 아닌 살던 곳에서 계속 살기를 희망하여 지역사회 중심의 재가 의료돌봄체계 구축이 중요해지고 있음
- 방문진료 접근성 강화를 위한 경제적 진입장벽 해소 필요
 - 의료욕구가 높고 경제적 능력이 낮은 고령층은 일정 수준 부담하는 본인부담금이 방문진료 이용을 저해하는 요인으로 작용할 수 있음
 - * 방문진료 이용자 22.7%, 본인부담금이 주요 제약 요인(국회입법조사처, 2024년)

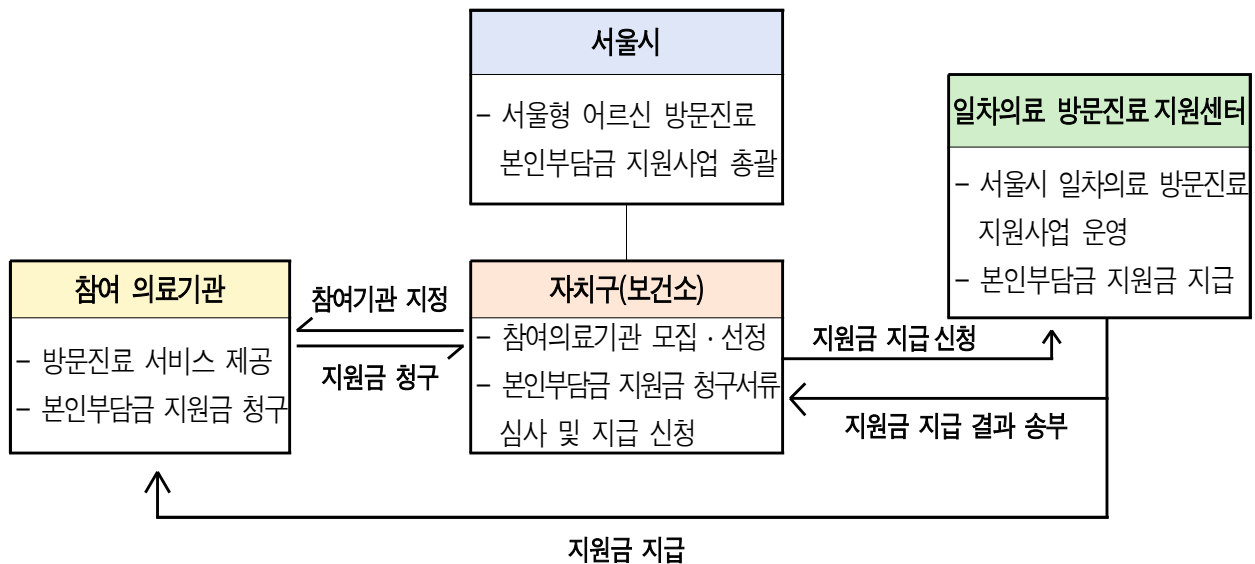
- ✓ 방문진료 본인부담금 지원으로 어르신 의료적 접근성을 향상하고,
- ✓ 적기 의료서비스 제공과 통합돌봄서비스 내 체계적 연계를 통해 불필요한 사회적 입원과 시설 입소를 예방함으로써
- ➡ 어르신이 살던 곳에서 건강하게 생활할 수 있는 지역사회 계속 거주(Aging in Place) 지원

□ 관련 법률 및 지침

- 돌봄통합지원법 제14조(통합지원 제공 등) 및 제15조(보건의료)
- 일차의료 방문진료/한의 방문진료 수가 시범사업 지침(보건복지부)
- 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(보건복지부)

□ 추진 체계

○ 추진 체계



[방문진료 본인부담금 지원사업 추진체계도]

○ 기관별 역할

기 관		역 할
서울시		- 서울형 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 총괄 - 사업 홍보 및 업무 매뉴얼 제작·배포 - 일차의료 방문진료 지원센터 관리 - 자치구 지원사업 모니터링 및 실적 분석
자치구	보건소 (통합돌봄 담당부서)	- 자치구 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 운영 - 사업 참여 의료기관 모집 및 지정 관리 - 참여 의료기관으로 방문진료 대상자 의뢰 - 의료기관의 본인부담금 지원금 청구 서류 심사 - 일차의료 방문진료 지원센터에 본인부담금 지원금 지급 신청
	동주민센터	- 통합돌봄 대상 중 지원사업 대상자 보건소 통합돌봄 담당부서로 연계
참여 의료기관		- 대상자 방문진료 서비스 제공 및 모니터링 - 본인부담금 지원금 관련 서류 작성 및 자치구 보건소에 청구
일차의료 방문진료 지원센터		- 참여 의료기관에 본인부담금 지원금 지급 - 일차의료 방문진료 지원사업 운영 전반

II. 사업 운영

사업 기간

지원 대상

지원 내용

서비스 제공 절차

□ **사업 기간: 2026년 9월~12월**

□ **지원 대상: 통합돌봄 대상 중 방문진료 대상자**

○ 거동불편으로 방문진료가 필요한 65세 이상 어르신

□ **지원 내용: 방문진료에 따른 본인부담금 지원**

○ 지원 범위: 방문진료비 본인부담금의 80%(비급여 항목 지원 불가)

○ 지원 방법: 방문진료 의료기관의 지원금 사후 청구 및 지급

○ 지원 금액: 1인 연 최대 20회, 158,000원 한도 (자격기준별 상이)

구분	① 의료수급자, 차상위계층	② 장기요양 1·2등급 와상환자, 요양비급여 대상자 (산소치료·인공호흡기)	③ 건강보험 대상자
방문진료비에 대한 본인부담금 총액(비율)	6,500원(5%)	19,700원(15%)	39,500원(30%)
최저 기준감면액	1,000원~2,000원	1,000원~2,760원	5,520원
지원액(80%)	5,500원(85%)	15,700원	31,600원
(예시) 최대 지원액	5,500원×20회 =110,000원	15,700원×10회 = 157,000원	31,600원×5회 = 158,000원

[자격기준별 지원금액(의사 1인 방문 기준)]

※ 방문진료비에 대해서만 지원, 장기요양 재택의료에 따른 추가간호료는 미지원

[참고] 방문진료비 및 본인부담금 비율

▶ 방문진료비 총액

구분	수행 인력	방문진료비 총액(원)		
		I	II (동일건물 연속진료*)	III (동일세대 연속진료**)
의원	의사 1인	131,720	98,790	65,860
	의사 + 동행 인력	165,240	123,930	82,620
한의원	의사 1인	108,260	81,200	54,130

* 동일 건물 연속진료: 같은 건물 내에서 연속적으로 방문진료를 수행한 경우

** 동일 세대 연속진료: 같은 세대에서 연속적으로 방문진료를 수행한 경우

▶ 최저 기준감면액: 급여부분 본인부담금 중 최저 금액(의료급여 1,000원, 건강보험 5,520원)

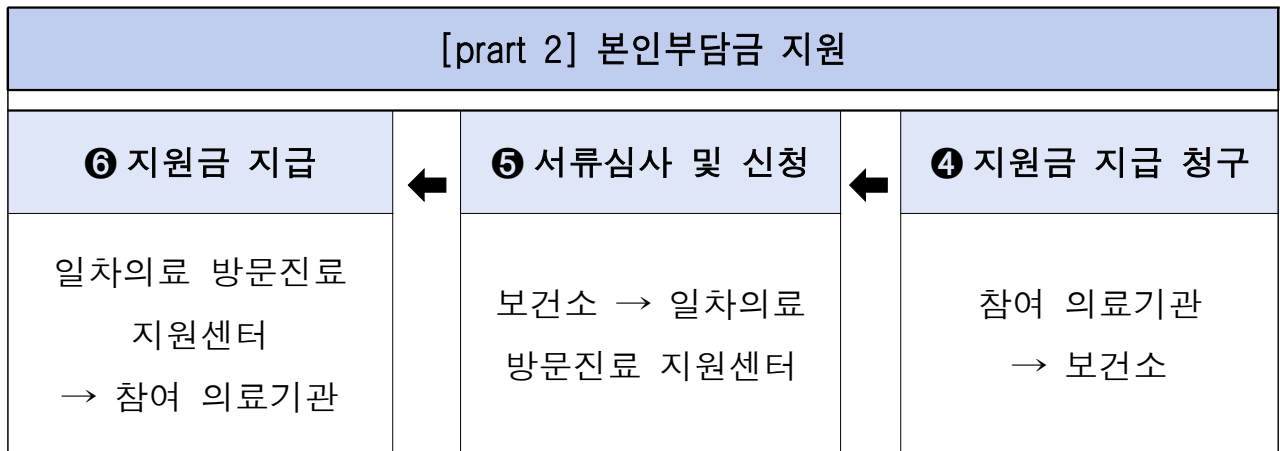
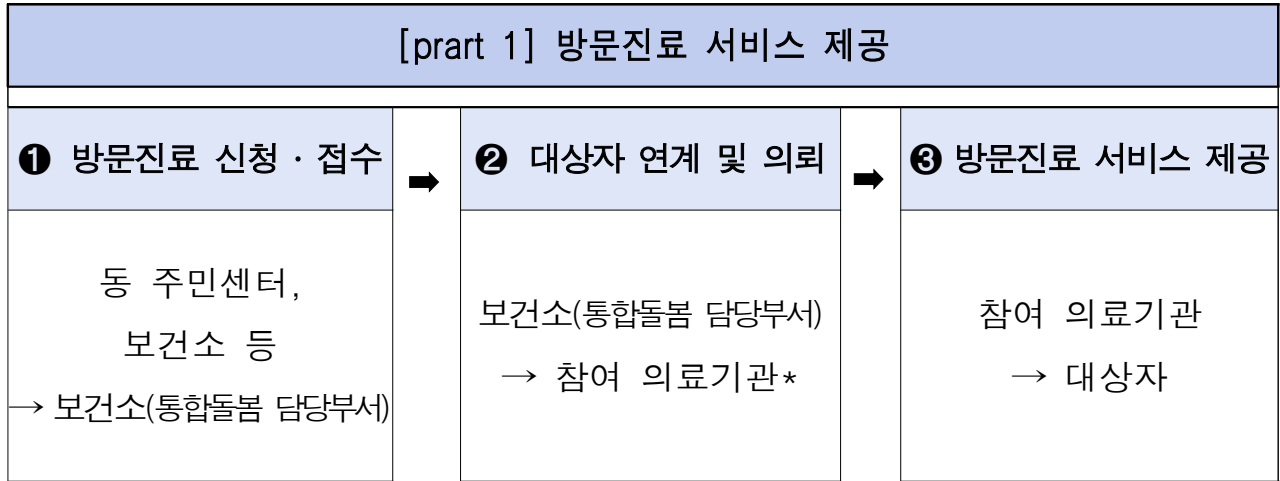
▶ 본인부담금 비율: ① 의료급여, 차상위(방문진료비 총액의 5%),

② 장기요양 1,2등급 와상환자, 요양비 급여대상자(15%), ③ 일반 건강보험 대상자(30%)

※ 동행인력, 연속진료 등 세부사항에 대한 지원금액은 [부록 1] 상세 수가표 참조

□ 서비스 제공 절차

○ 서비스 운영 흐름



* 참여 의료기관: 일차의료 방문진료(의원, 한의원)/장기요양 재택의료센터 시범사업 등록 기관 중
본 지원사업에 신청하여 선정된 의료기관 (11쪽 참여 의료기관 모집 부분 참고)

part 1

방문진료 서비스 제공

단계별 업무	주체	주요내용	관련서식
1단계 방문진료 신청·접수	주민센터, 보건소 등	방문진료 대상자 발굴 및 서비스 신청	서비스제공의뢰서 (기존 통합돌봄 서식)
↓			
2단계 대상자 연계 및 의뢰	보건소 (통합돌봄 담당부서)	의료기관에 방문진료 의뢰	서비스제공의뢰서 (기존 통합돌봄 서식)
↓			
3단계 방문진료 제공	참여 의료기관	방문진료 서비스 수행	-

1단계 방문진료 신청 및 접수(주민센터 및 보건소 등)

○ 방문진료 서비스 신청 및 접수

- (동 주민센터) 통합돌봄 신규 대상자 등록 과정에서 방문진료가 필요한 대상자 발견 시 보건소 통합돌봄 담당부서로 서비스 신청 의뢰

- ① 개인별지원계획 수립 시 방문진료 필요 확인(동 주민센터)
- ② 통합지원회의를 통해 방문진료 서비스 연계 확정(동 주민센터·보건소 통합돌봄 담당)
- ③ 서비스 연계 신청 의뢰(동 주민센터→보건소 통합돌봄 담당부서)

* 행복e음 시스템 입력: 서비스 지원계획 탭에서 서비스자원 추가하여 등록

- (대분류) 보건의료 (중분류) 방문진료 (소분류) '서울형 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업'

- ▶ 통합지원 신청서 및 서비스 제공(변경) 의뢰서(기존 통합돌봄 서식 활용), 기존 대상자일 경우 통합지원회의를 통해 개인별지원계획 변경 수립 후 서비스 연계

- (보건소) 각 연계서비스 제공 과정에서 방문진료가 필요한 대상자 발견 시 보건소 통합돌봄 담당부서로 서비스 신청 의뢰

▶ 신청 과정 상동

- 서비스 신청인은 대상자에게 방문진료 및 본인부담금 지원금액 등 사전 안내
- (보건소 통합돌봄 담당부서) 신청서 접수 후 지원사업 중복지원 여부 등 검토

2단계 대상자 연계 및 의뢰(보건소 → 참여 의료기관)

○ 참여 의료기관 연계

- (보건소 통합돌봄 담당부서) 지원사업 참여 의료기관 중 대상자 질환 및 거주지 등을 고려하여 서비스 제공기관 연계
- (일차의료 방문진료 지원센터) 의료기관과 대상자 연계 과정 지원

○ 대상자 방문진료 서비스 의뢰

- (보건소 통합돌봄 담당부서) 연계된 의료기관으로 신청 의뢰 받은 방문진료 서비스 제공 의뢰서 전달

3단계 방문진료 서비스 제공(참여 의료기관 → 대상자)

○ 대상자 방문진료 서비스 제공

- (참여 의료기관) 대상자와 직접 일정을 조율하여 가정방문
- 진찰, 처방, 질환관리, 검사 등 의료서비스 및 환자·보호자 교육·상담 진행

○ 방문진료비 본인부담금 징수

- (참여 의료기관) 방문진료 수행 후 지원금 제외한 본인부담금 금액 징수

※ 의료급여, 차상위계층은 본인부담금 중 최저 기준감면액, 그 외는 본인부담금의 80%에 해당하는 금액을 제외한 금액만 징수(부록1. 자격기준별 상세 수가표 참고)

part 2 본인부담금 지원

단계별 업무	주체	주요내용	관련서식
4단계 본인부담금 지원금 청구	참여 의료기관	본인부담금 지원금 청구서 작성제출	청구 서식 (서식 3-1~3-3)
↓			
5단계 서류심사 및 지급 신청	보건소 (통합돌봄 담당부서)	신청서류 검토 및 지원센터에 지원금 지급 신청	지급 신청 서식 (서식 4-1~4-3)
↓			
6단계 본인부담금 지원금 지급	일차의료 방문진료 지원센터	참여 의료기관에 지원금 지급	지급 서식 (서식 5-1)

4단계 본인부담금 지원금 청구(참여 의료기관 → 보건소)

○ (참여 의료기관) 청구 서류 작성 및 보건소 청구

- 청구기간: 익월 5일까지 ※ 청구기간은 보건소-의료기관 간 협의 조정 가능
- 청구내용: 방문진료비 본인부담금 지원금 전월 취합분
- 청구방법: 지정 청구서식 작성 후 보건소 통합돌봄 담당자 메일 제출
- 청구 서류(서식 3-1~ 3-3)
 - ▶ 방문진료 본인부담금 지원금 청구서
 - ▶ 방문진료 본인부담금 지원금 세부 청구명세서
 - ▶ 방문진료 확인서 ※ 시범 사업의 진료확인서로 활용
 - ▶ 진료비 영수증
 - ▶ 의료기관 사업자등록증 및 통장 사본(최초 신청 시)

※ 지원금 청구 시 유의사항

- 통합돌봄 미대상자 및 선정 이전의 방문진료비 지원 불가
- **비급여 항목 본인부담금 및 장기요양 재택의료 추가간호료 미지원** (방문진료비 급여 항목만 해당)
- 1인당 지원 횟수 및 금액 초과 시 **최대 상한액까지만** 지원금 지급(1인 연20회, 158,000원)
- 의료기관이 임의로 본인부담금 추가 감면 및 징수 불가

5단계 서류심사 및 지급 신청(보건소 → 일차의료 방문진료 지원센터)

○ 지원금 청구 서류 심사

- (보건소 통합돌봄 담당부서) 청구 서류에 대해 지원 적격 여부 등 심사

- ▶ 대상자 자격 적격 여부, 1인당 지원 한도 초과 여부 등 확인
- ▶ 의료기관 적격 여부 및 청구 금액, 진료 내역 일치 여부 등 확인

※ 자치구 특화사업 대상자일 경우 동일 급여 내 중복지급 되지 않도록 유의

- 서류 미비 및 보완 필요시 해당 의료기관에 보완 작성·제출 요청

○ 일차의료 방문진료 지원센터에 지원금 지급 신청

- (보건소 통합돌봄 담당부서) 적격청구 건은 청구일로부터 5일 이내

일차의료 방문진료 지원센터에 본인부담금 지원금 지급 신청 의뢰

- ▶ 지급의뢰서, 의료기관별 지원금 지급 의뢰 내역(서식 4-1~4-2)

※ 지급 의뢰 제출처 별도 안내

6단계 본인부담금 지원금 지급(일차의료 방문진료 지원센터 → 참여 의료기관)

○ 신청 서류 검토 및 의료기관별 지원금 지급

- (일차의료 방문진료 지원센터) 지급 신청 서류 일체를 재확인

- 이상 없을 시 신청일로부터 5일 이내 해당 의료기관으로 지원금 계좌 입금

○ 보건소 및 의료기관에 지급 결과 통보

- (일차의료 방문진료 지원센터) 지원금 지급 완료 후 지급 결과서를 작성하여

지급일로부터 3일 이내 보건소 통합돌봄 담당부서에 송부

- ▶ 지급 결과서(서식 5-1)

III. 행정 사항

참여 의료기관 모집

지정 의료기관 관리

실적 보고

Ⅲ

행정 사항

□ 참여 의료기관 모집 ※ 자치구 상황에 따라 변경 가능

- 주체: 자치구 보건소(통합돌봄 담당부서)
- 대상: 방문진료 시범 사업 등록 의료기관
 - 일차의료 방문진료 수가 시범사업 의료기관 (의원, 한의원)
 - 장기요양 재택의료센터 시범사업 의료기관
- 기간: 상시
- 방법: 의료기관 대상 사업 설명 및 공개 모집
 - 본인부담금 지원사업 및 지원금 청구·지급 방법 등 사전 필수 안내
- 신청 및 선정 절차

① 모 집	▶	② 신 청	▶	③ 심 사	▶	④ 선 정(지 정)
참여 의료기관 모집 공고		본인부담금 지원사업 참여 신청서 제출		신청 서류 심사		선정 의료기관에 참여 의료기관 지정서 교부
자치구 보건소		방문진료 등록 의료기관		자치구 보건소		자치구 보건소

- ▶ 모집: 자치구 절차에 따라 참여 의료기관 모집 공고(서식 2-1)
- ▶ 신청: 희망 의료기관은 참여 신청서를 작성하여 보건소 제출(서식 1-1~1-4)
- ▶ 심사: 보건소는 참여 의료기관 적격 여부 등 서류를 심사
 - * 시범 사업 등록 의료기관 조회
 - 일차의료: 건강보험심사평가원-의료정보-특수운영기관정보-일차의료
 - 재택의료: 국민건강보험공단-건강모아-기관찾기-검진기관 찾기-특성별 기관찾기-재택의료센터
- ▶ 선정: 의료기관에 선정 결과를 통보하고 선정된 의료기관에 참여 의료기관 지정서(서식 2-2) 및 청구 관련 서식 교부(서식 3-1~3-3)
 - * 선정 기준은 '26년 방문진료 실적 등 감안하여 자치구 자율 지정(서식 1-2 참고)

□ 지정 의료기관 관리

- 보건소는 지정 의료기관 현황을 서울시 및 일차의료 방문진료 지원센터와 공유(서식 2-4) * 월 현황보고(서울시), 최초지정 및 변경 시 공유(지원센터)
- 보건소는 지정 의료기관의 해지 신청 또는 과실이나 사정으로 사업 추진이 불가할 시 참여 의료기관에서 해지하고 변경 현황 공유

□ 지원사업 운영 실적 보고

- 보고주체: 보건소 통합돌봄 담당부서
- 보고부서: 서울시 보건의료정책과 건강통합돌봄팀
- 제출시기: 매월 10일 전까지(전월 실적)
- 제출내용: 지정 의료기관 및 지원사업 운영 현황(서식 2-4, 서식 4-3)

V. 관련 서식 & 부록

	[서식 1-1] 지원사업 참여 신청서	- 14
모집·신청 (의료기관용)	[서식 1-2] 참여 의료기관 세부정보	- 15
	[서식 1-3] 지원사업 참여 동의서	- 16
	[서식 1-4] 지원사업 참여 해지 신청서	- 17
	[서식 2-1] 참여 의료기관 모집 공고	- 18
모집·신청 (보건소용)	[서식 2-2] 참여 의료기관 지정서	- 19
	[서식 2-3] 참여 의료기관 해지 통보서	- 20
	[서식 2-4] 지원사업 지정 의료기관 현황	- 21
비용청구 (의료기관용)	[서식 3-1] 본인부담금 지원금 청구 공문	- 22
	[서식 3-2] 본인부담금 지원금 지급 청구서	- 23
	[서식 3-3] 본인부담금 지원금 세부 청구명세서	- 24
비용지급 (보건소용)	[서식 4-1] 본인부담금 지원금 지급 의뢰서	- 25
	[서식 4-2] 본인부담금 지원금 지급 의뢰 내역표	- 26
	[서식 4-3] 지원사업 운영 현황	- 27
(일차의료 방문진료 지원센터용)	[서식 5-1] 본인부담금 지원금 지급 결과서	- 28
(부 록)	[부록 1] 본인부담금 지원금 상세 추가표	- 29
	[부록 2] 지원사업 안내문(의료기관용, 대상자용)	- 30

서식 1-1 지원사업 참여 신청서 (의료기관용)

제 호

**서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여 신청서**

의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지	(우편번호)		
연락처		팩스	
신청내용	서울형 「어르신 방문진료 본인부담금 지원사업」 참여		
개설자(대표자)		개설일자	년 월 일
의사 면허번호		전문의 자격번호	

본 의료기관은 서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (인)

서식 1-2 참여 의료기관 세부 정보 (의료기관용)

의료기관 정보								
의료기관명								
요양기관기호								
요양기관종별								
전문과목 (진료과목)								
주소(소재지)								
대표자								
전화번호								
진료시간	월	화	수	목	금	토	일	
담당인력 현황	총 인원: 명		☐ 의 사: ()명 ☐ 간호사: ()명			☐ 행 정 요 원: ()명 ☐ 간 호 조 무 사: ()명		
점 검 사 항								
방문진료 시범사업 참여 여부	☐ 참 여 ☐ 미 참 여							
방문진료 의료기관 등록 일자	년 월 일							
‘26년 방문진료 실적(실인원/누적 횟수)	00명 00회							
방문 진료 가능 시간(요일/시간)								
본인부담금 지원사업 이해도	☐ 자격기준 별 방문진료 본인부담 지원금액 (대상자 징수 및 보건소 청구액) ☐ 방문진료 본인부담금 지원금 청구 방법 ☐ 방문진료 본인부담금 지원금 지급 방법							
작 성 자			작성일			년 월 일		

서식 1-3 지원사업 참여 동의서 (의료기관용)

어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 참여 동의서

의료기관명		요양기관기호	
구 분	준수사항		
신청 및 해지	• 참여 의료기관은 사업 내용을 숙지하고 거짓 없이 신청서를 작성한다. • 의료기관이 지원사업 참여를 취소하고자 할 경우 해지 신청서를 작성하여 관할 보건소에 제출한다. • 참여 신청서에 허위 사실이 있거나, 의료기관의 과실 또는 사정으로 인해 사업 추진이 불가할 시 참여 의료기관에서 해지될 수 있다.		
지정서 게시 등	• 지정서는 대기실 등 이용 고객이 잘 볼 수 있는 곳에 게시한다.		
지원금 청구방법	• 통합돌봄 대상자 중 방문진료 수행한 건에 한해 지원금 청구가 가능하다. • 비급여 항목에 대해서는 지원이 불가하며, 지원금을 검진 대상자와 보건소에 중복 청구할 수 없다. • 지원금은 매월 청구 및 지급하며, 전월 취합분을 청구 서식에 작성하여 관할 보건소로 신청한다. • 청구 서류 오 작성 및 미제출에 따른 보건소의 자료 제출 요청 시 이에 응하도록 하며, 서류 미제출 시 해당 지원금 지급이 제한될 수 있다.		
기 타	• 참여 의료기관은 대상자 발굴 및 사업 안내에 적극 협조한다. • 본 사업과 관련하여 서울시 및 자치구 보건소의 자료 요청 시 적극 협조한다.		
본 의료기관은 위의 사항을 준수할 것에 동의합니다. 년 월 일 대표자 : (서명) 서울특별시 ○○구 보건소장 귀하			

제 호

**서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
해지 신청서**

의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지	(우편번호)		
연락처		팩스	
개설자(대표자)		참여 의료기관 지정일자	년 월 일
의사 면허번호		전문의 자격번호	
해지 사유	☐ 의료기관 이전(서울시 외) ☐ 의료기관 폐업 ☐ 일차의료 방문진료 등록기관 해지 ☐ 기 타()		

본 의료기관은 서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여 해지를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (인)

서식 2-1 참여 의료기관 모집 공고 (보건소용)

공고

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』 참여 의료기관 모집

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』에 참여할
일차의료 방문진료 의료기관을 모집합니다.

대 상 : 일차의료 방문진료 등록 의료기관 (의원, 한의원)

장기요양 재택의료센터 등록 의료기관

내 용 : 방문진료에 따른 본인부담금의 80% 지원

※ 통합돌봄 등록 대상자에 한하며 의료기관이 지원금을 사후 청구하는 방식

접수기간 : 수 시

신청방법 : <서식 1. 서울형 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 참여 신청서>를
홈페이지, 전자우편, 우편, 팩스를 통하여 관내 보건소에 제출

(자치구 실정에 맞게 신청 방법 변경 가능)

문 의 : OO구 보건소(OO과, ☎)

년 월 일

서울특별시 ○○구 보건소장

서식 2-2 참여 의료기관 지정서 (보건소용)

제 호

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여 의료기관 지정서

의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지	(우편번호)		
연락처		팩스	
개설자(대표자)		지정일자	년 월 일
지정내용	서울형 「어르신 방문진료 본인부담금 지원사업」 참여 의료기관		

본 의료기관을 서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여 의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

서울특별시 ○○구 보건소장

서식 2-3 참여 의료기관 해지 통보서 (보건소용)

제 호

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』

참여 의료기관 해지 통보서

의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지	(우편번호)		
연락처		팩스	
개설자(대표자)		개설일	년 월 일
의사면허번호		전문의자격번호	
신청일자	년 월 일	해지일자	년 월 일

본 의료기관은 서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』
참여 의료기관에서 해지되었음을 통보합니다.

년 월 일

서울특별시 ○○구 보건소장

()구 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 지정 의료기관 현황

연번	지정현황		의료기관 정보							
	지정번호	지정일자	의료기관명	개설번호	전문과목	소재지	전화	성명	면허번호	전문직번호
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

방문진료 본인부담금 지원금 지급 청구

제목	돌봄통합지원 대상자 방문진료 본인부담금 지원금 지급 요청
일자	2026년 월 일
수신	자치구 보건소 사업 운영부서 기재
발신	의료기관명 기재

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 서울형「어르신 방문진료 본인부담금 지원사업」 관련하여 통합돌봄 대상자 방문진료에 대한 ()월 본인부담금 지원금을 붙임과 청구합니다.

[붙임] 가. 방문진료 본인부담금 지원금 지급 청구서 1부

나. 방문진료 본인부담금 지원금 세부 청구명세서 ()부

다. 방문진료 확인서* ()부

라. 진료비 영수증 사본 ()부

마. 사업자등록증 1부 (최초 청구 시 1회 제출)

바. 통장사본 1부 (최초 청구 시 1회 제출)

* 방문진료 확인서는 방문진료 시범사업의 서식 활용

OOOO의원/병원 장 (직인)

서식 3-2 본인부담금 지원금 지급 청구서 (의료기관용)

()월 방문진료 본인부담금 지원금 지급 청구서

의료기관 정보	의료기관명		요양기관기호	
	소재지		연락처	
청구내역 (월 총액)	청구 기간	년 월 일 ~ 년 월 일		
	방문진료 인원	총 00명	방문진료 횟수	총 00회
	방문진료비 총액(원)	본인부담금	환자 납부액	보건소 청구액
지급계좌	은행명/예금주			
	입금계좌			
첨부서류	청구명세서 ()매, 방문진료 확인서 ()매, 진료비 영수증 ()매			

본 의료기관은 돌봄통합지원 의뢰 대상자에게 방문진료 서비스를 제공하고
위와 같이 방문진료 본인부담금 지원금을 청구합니다.

2026년 월 일

의료기관 대표자: (서명 또는 인)

서울특별시 ○○구 보건소장 귀하

서식 3-3

본인부담금 지원금 세부 청구명세서 (의료기관용)

※ 방문진료 환자별로 작성

()월 방문진료 본인부담금 지원금 세부 청구명세서

순 번	00 - 00 (예시) 세부 청구명세서 6매 중 1번 경우 → 6-1로 표기						
환자명			주민등록번호			연락처	
주소					행정동		
자격기준	☐ 의료급여 ☐ 차상위본인부담경감 ☐ 건강보험(○ 장기요양 1,2등급 외상환자 ○ 요양비 급여대상 ○ 그 외)						
방문진료 횟수	(월) 회 / (누적) 회		지속 여부		☐ 지 속 ☐ 종 료		
방문진료 내역							
회차	방문일자	수행인력(명)	방문진료비 총액(원)	급여부분 금액(원)			
				본인부담금 총액(A=B+C)	환자 납부액 (B)	보건소 청구액 (C)	
1회차	월 일						
2회차	월 일						
3회차	월 일						
4회차	월 일						
5회차	월 일						
6회차	월 일						
7회차	월 일						
8회차	월 일						
9회차	월 일						
10회차	월 일						
11회차	월 일						
12회차	월 일						
13회차	월 일						
14회차	월 일						
15회차	월 일						
16회차	월 일						
17회차	월 일						
18회차	월 일						
19회차	월 일						
20회차	월 일						
총 청구내용 (합계)							

서식 4-1 본인부담금 지원금 지급 의뢰서 (보건소용)

()월 방문진료 본인부담금 지원금 지급 의뢰서

의뢰 개요			
발송기관	OO보건소 0000과 0000팀	담당자	(직급/이름)
연락처		이메일	
수신기관	서울특별시 일차의료 방문진료 지원센터		
의뢰일자	년 월 일	정산대상	2026년 00월 진료비(지원금) 청구 건
의뢰 내역			
참여 의료기관 수	총 ()개소		
진료 실인원/방문건수	총 ()명, 총 ()건		
지급의뢰액(원)	원(₩)		
첨부서류	지급 의뢰 내역표 ()부, 의료기관 자료(통장사본 등) ()부		
서울형 「어르신 방문진료 본인부담금 지원사업」 참여 의료기관의 청구 내역을 심사하고, 해당 의료기관으로 지원금 지급을 의뢰합니다. 2026년 월 일 서울특별시 ○○구 보건소장 (직인) 서울시 일차의료 방문진료 지원센터장 귀하			

서식 4-2 본인부담금 지원금 지급 의뢰 내역표 (보건소용)

()월 방문진료 본인부담금 지원금 지급 의뢰 내역표

자격 기준별 지급의뢰 금액								
자격 기준			방문진료(실인원/누적건수)	지급액(원)				
의료급여/차상위계층			총 ()명, ()건	원				
장기요양 1,2등급 외상/요양비 급여 대상			총 ()명, ()건	원				
일반 건강보험			총 ()명, ()건	원				
합 계			총 ()명, ()건	원				

의료기관별 지급의뢰 내역								
연번	의료기관명	요양기관기호	방문진료 (실인원/ 진료건수)	본인부담금 지원금 지급액				입금계좌 (은행/계좌번호)
				의료급여 / 차상위	장기요양1,2등급 / 요양비 급여	일반 건강보험	합계	
			명/ 회					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					
			/					

■ 통합돌봄 관리대상자 여부 및 대상자 자격 적격성 확인 완료 []

■ 대상자별 1인당 연간 지원 한도(20회, 158,000원 이내) 초과 여부 전산 대조 완료 []

■ 관내 참여 의료기관에서 제출한 증빙서류(청구명세서, 수납 영수증 등) 일치 여부 확인 완료 []

()월 어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 운영 현황

연번	자치구	지정 의료기관(개소)			해지 의료기관 (개소)	방문진료 횟수(회)			방문진료 본인부담금 지원 대상					비고	
		합계	의과	한의과		합계	단독	동행	총 인원(실인원)	의료급여	차상위	장기요양1,2등급	요양비 급여		그외 건강보험
합계		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	정릉구	0				0			0						
2	중구	0				0			0						
3	용산구	0				0			0						
4	성동구	0				0			0						
5	광진구	0				0			0						
6	동대문구	0				0			0						
7	종랑구	0				0			0						
8	성북구	0				0			0						
9	강북구	0				0			0						
10	도봉구	0				0			0						
11	노원구	0				0			0						
12	은평구	0				0			0						
13	서대문구	0				0			0						
14	마포구	0				0			0						
15	양천구	0				0			0						
16	강서구	0				0			0						
17	구로구	0				0			0						
18	금천구	0				0			0						
19	영등포구	0				0			0						
20	동작구	0				0			0						
21	관악구	0				0			0						
22	서초구	0				0			0						
23	강남구	0				0			0						
24	송파구	0				0			0						
25	강동구	0				0			0						

()월 방문진료 본인부담금 지원금 지급 결과서

지급개요	정산대상		년 월		지급일자		년 월 일		
	지급건수		총 건		지 급 액		총 원		
기관별 지급결과	의료기관명	요양기관기호	청구건수		청구금액		실 지급액		처리결과
									입금완료 or 0건 조정
삭감 및 조정내역	의료기관명		환자성명		청구금액		지급결정액		조정사유
									지원한도 초과 등
비고									

- 보건소 심사 내역과 일치 여부 확인 완료 []
- 참여 의료기관 지정 예금계좌 정상 이체 처리 완료 []

상기 의료기관의 방문진료 본인부담금 지원금 청구 건에 대해
위와 같이 지급 결과를 알려드립니다.

2026년 월 일

서울시 일차의료 방문진료 지원센터장:

(서명 또는 인)

서울특별시 ○○구 보건소장 귀하

부록 1

대상별 방문진료 본인부담금 상세 추가표

[어르신 방문진료 본인부담금 지원사업 자격기준별 상세추가표]

- 지원년도 : 1인당 연 20회 내 지원(최대 158천원)

■ 의료급여수급자, 차상위본인부담경감자 : 본인부담금 최저 기준감면액(1,000원) 제외 전액 * 20회 (단위 : 원)

구분	수행인력	방문진료비용액			급여부담 본인부담금(A)=총액의 5% (백단위 미만 절삭)			대상별 청구액(★) (천단위 미만 내림)			지원비율		
		I	II	III	I	II	III	보건의료 청구액			이용자 실납부액		
의사	의사+인	131,720	98,790	65,860	6,500	4,900	3,200	I	5,500	3,900	2,200	I	1,000
	의사+ 동행인력	165,240	123,930	82,620	8,200	6,100	4,100	II	7,200	5,100	3,100	II	1,000
한 의사	의사+인	108,260	81,200	54,130	5,400	4,000	2,700	III	4,400	3,000	1,700	III	1,000

■ 지원대상자 중 장기요양1,2등급 외상환자/요양비(산소치료,인공호흡기) 급여대상자 : 방문진료 본인부담금 80% 지원

구분	수행인력	방문진료비용액			급여부담 본인부담금(A)=총액의 15% (백단위 미만 절삭)			대상별 청구액(★) (천단위 미만 내림)			지원비율		
		I	II	III	I	II	III	보건의료 청구액			이용자 실납부액		
의사	의사+인	131,720	98,790	65,860	19,700	14,800	9,800	I	15,700	11,800	7,800	I	4,000
	의사+ 동행인력	165,240	123,930	82,620	24,700	18,500	12,300	II	19,700	14,800	9,800	II	5,000
한 의사	의사+인	108,260	81,200	54,130	16,200	12,100	8,100	III	12,900	9,600	6,400	III	3,300

■ 일반 건강보험 대상자 : 방문진료 본인부담금 80% 지원

구분	수행인력	방문진료비용액			급여부담 본인부담금(A)=총액의 30% (백단위 미만 절삭)			대상별 청구액(★) (천단위 미만 내림)			지원비율		
		I	II	III	I	II	III	보건의료 청구액			이용자 실납부액		
의사	의사+인	131,720	98,790	65,860	39,500	29,600	19,700	I	31,600	23,600	15,700	I	7,900
	의사+ 동행인력	165,240	123,930	82,620	49,500	37,100	24,700	II	39,600	29,600	19,700	II	9,900
한 의사	의사+인	108,260	81,200	54,130	32,400	24,300	16,200	III	25,900	19,400	12,900	III	6,500

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』

■ **목 적:** 거동불편 통합돌봄 어르신의 방문진료비 부담을 덜어 의료접근성을 높이고, 살던 곳에서 건강한 노후를 보내도록 지원

■ **사업기간:** 2026년 9월~12월

■ **대 상:** 통합돌봄 등록 방문진료 대상자

■ **지원사항**

▶ 지원 범위: 방문진료비 **본인부담금의 80% 지원(비급여 항목 제외)**

▶ 지원 금액: 자격기준별 다름(1인 연 최대 20회, 158,000원 한도)

[표] 자격기준별 본인부담금 및 실제 납부액(의사 1인 방문 기준)

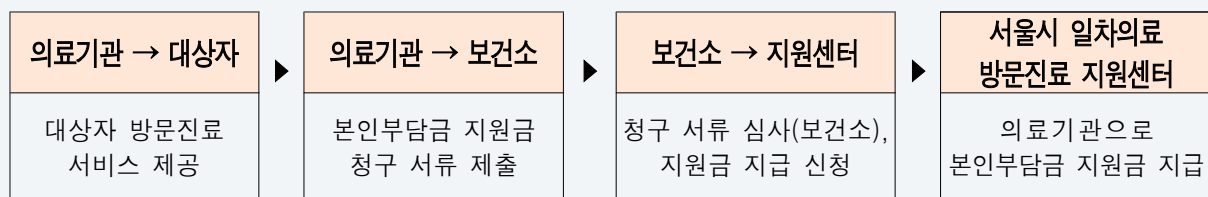
대상자 자격 기준	법정 본인부담금	환자 실 수납액	보건소 청구 지원액(80%)
의료급여/차상위*	6,500원(5%)	1,000원	5,500원
장기요양 1·2등급/요양비급여	19,700원(15%)	4,000원	15,700원
일반 건강보험	39,500원(30%)	7,900원	31,600원

* 의료급여/차상위계층은 최저 기준감면액 제외 전액 지원, 상세 수가표 별도자료 참조

■ **정산 방식:** 방문진료 현장 감면 후 **의료기관 사후 정산 지급**

※ (대상자) 지원금 제외 실 수납액 납부 (의료기관) 지원금 보건소 청구

■ **서비스 제공 절차**



■ **지원금 청구 및 지급 안내**

▶ 청구 기한: 매월 익월 5일까지(전월 진료분 월 취합)

▶ 청구 방법: 자치구 보건소 통합돌봄 담당자 제출

▶ 구비 서류: 별도 청구서식 및 방문진료 확인서, 진료비 영수증 등

▶ 지급 일정: 청구서류 심사 후 10일 이내 의료기관 계좌 입금

■ **참여 신청 및 문의:** 자치구보건소 통합돌봄 담당부서(☎000-0000)

“병원 가기 힘든 어르신, 부담 없이 집에서 진료받으실 수 있도록
방문진료 본인부담금을 지원해 드립니다.”

서울형 『어르신 방문진료 본인부담금 지원사업』

■ 사업기간: 2026년 9월~12월

■ 대 상: 방문진료가 필요한 통합돌봄 등록 어르신

■ 지원사항

▶ 지원 범위: 방문진료비 본인부담금의 80% 지원(비급여 항목 제외)

▶ 지원 한도: 1인 연 최대 20회, 158,000원 한도

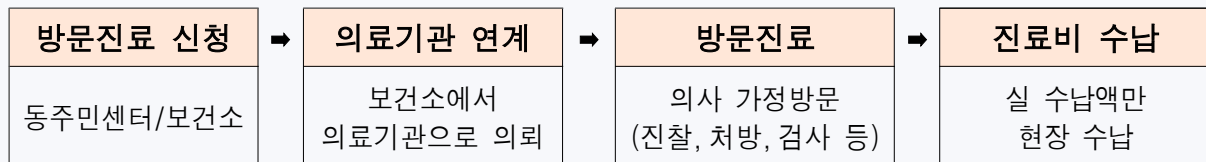
[표] 자격기준별 본인부담금 및 실제 납부액(의사 1인 방문기준)

대상자 자격 기준	법정 본인부담금	환자 실 수납액	보건소 청구 지원액(80%)
의료급여/차상위*	6,500원(5%)	1,000원	5,500원
장기요양 1·2등급/요양비급여	19,700원(15%)	4,000원	15,700원
일반 건강보험	39,500원(30%)	7,900원	31,600원

* 의료급여/차상위계층은 최저 감면액 제외 전액 지원되며 방문유형에 따라 수납액 변경

■ 지원 방식: 진료 당일 할인된 실 수납액 현장 납부

■ 서비스 이용 절차



■ 신청 및 문의: 자치구보건소 통합돌봄 담당부서(☎000-0000)