

2022년 경기도 마음건강케어 구비서류 안내

■ 응급입원 치료비

- 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서 (마음건강케어) [서식 1]
- 진료비 계산서·영수증(정신건강의학과 의료기관) 원본
- 응급입원 여부 및 기간 확인 서류
- 경기도민이 아닌 경우, 응급입원 의뢰서 [참고 서식 1]
- 수령 방법 관련 서류 : 환자(본인)/보호자(가족)/의료기관/기타에 따른 서류 구비
- 필요 시, 기타 서류 제출

■ 행정입원 치료비

- 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서 (마음건강케어) [서식 1]
- 진료비 계산서·영수증(정신건강의학과 의료기관) 원본
- 행정입원 여부 및 기간 확인 서류
- 경기도민 확인 서류 : 신분증 또는 주민등록표등본(초본) 등
 - ※ 신분증(주민등록증, 운전면허증, 청소년증, 학생증, 복지카드, 외국인등록증) 사본 : 앞·뒷면 모두 제출
 - ※ 주민등록표등본(초본) : 신청일 기준, 3개월 이내 발급
- 수령 방법 관련 서류 : 환자(본인)/보호자(가족)/의료기관/기타에 따른 서류 구비
- 필요 시, 기타 서류 제출

■ 외래치료 지원 치료비 지원

- 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서 (마음건강케어) [서식 1]
- 진료비 계산서·영수증(정신건강의학과 의료기관) 원본
- 외래치료 지원(연장) 결정서 [참고 서식 2]
- 정신건강복지센터 등록 확인서 : 주민등록상 주소지가 경기도 외 타 시도인 경우는 지원 불가
- 수령 방법 관련 서류 : 환자(본인)/보호자(가족)/의료기관/기타에 따른 서류 구비
- 필요 시, 기타 서류 제출

■ 초기진단비 치료비 지원

- 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서 (마음건강케어) [서식 1]
- 진료비 계산서·영수증(정신건강의학과 의료기관) 원본
- 질병코드 및 초진 연도 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급
- 정신건강복지센터 등록 확인서 : 주민등록상 주소지가 경기도 외 타 시도인 경우는 지원 불가
- 수령 방법 관련 서류 : 환자(본인)/보호자(가족)/의료기관/기타에 따른 서류 구비
- 필요 시, 소득 기준 확인 서류 : 보건복지부(국비) 「발병 초기 정신질환 치료비」 기준에 해당되는지 확인하기 위함
 - ※ 신청일 기준 전월부터 최근 6개월 건강보험료 납부 내역을 확인하여 1개월 이상 기준 중위소득 120% 이하에 해당 시 지원 가능
- 필요 시, 기타 서류 제출

■ 외래진료 치료비 지원

- 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서 (마음건강케어) [서식 1]
- 진료비 계산서·영수증(정신건강의학과 의료기관) 원본
- 질병코드 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급
- 정신건강복지센터 등록 확인서 : 주민등록상 주소지가 경기도 외 타 시도인 경우는 지원 불가
- 수령 방법 관련 서류 : 환자(본인)/보호자(가족)/의료기관/기타에 따른 서류 구비
- 소득 기준 확인 서류 : (국민기초생활보장수급자 및 차상위 계층) 관련 증빙 서류
 - (건강보험 가입자) 주민등록등본, 건강보험료 납부확인서, 건강보험 자격확인서 등
 - ※ (건강보험료 납부확인서) 신청일 기준 전월부터 최근 6개월 건강보험료 납부 내역을 확인하여 1개월 이상 기준 중위소득 120% 이하에 해당 시 지원 가능
- 필요 시, 기타 서류 제출

▶ 치료비 발생일(입원 시 퇴원일) 기준 180일 이내 신청하면 치료비 지급 가능

- 제출한 구비서류로 해당 기준이 확인되지 않은 경우, 지원 대상에 해당하더라도 지원 불가

※ 해당 항목에 V 표시(필수) ☐ 신규접수 ☐ 추가접수

- 신규접수 : 2022년에 '경기도 정신질환자 치료비 지원(마음건강케어)'을 처음 신청하는 대상자
- 추가접수 : 2022년에 '경기도 정신질환자 치료비 지원(마음건강케어)'을 지원 받은 적이 있는 대상자

※ 치료비 지원 신청 유형에 따라 적용

(예) 응급입원 치료비 지원을 받은 대상자가 행정입원 치료비 지원을 처음 신청하는 경우에는 '신규접수'로 체크)

※ 접수번호

- 치료비 지원 접수기관에서 기입

1. 환재(본인) 정보

- 성명 : 경기도 정신질환자 치료비를 지원받고자 하는 자의 성명
- 성별 : 경기도 정신질환자 치료비를 지원받고자 하는 자의 성별
- 생년월일 : 경기도 정신질환자 치료비를 지원받고자 하는 자의 출생 년, 월, 일
- 주소 : 경기도 정신질환자 치료비를 지원받고자 하는 자의 주소
- 전화번호 : 경기도 정신질환자 치료비를 지원받고자 하는 자의 실제 연락 가능한 전화번호
- 가구원수 : 관련 서류를 통해 확인한 가구원 수
- 질병코드 : 정신건강의학과 전문의 소견서 또는 진료기록 사본 등을 통해 확인한 질병코드 (ex. F20.3)
- 초진연도 : 정신건강의학과 전문의 소견서 또는 진료기록 사본 등을 통해 확인한 초진연도
(ex. 2022년 또는 2022/01/02) ※ 초기진단비 치료비 신청자만 작성
- 소득기준 : 국민기초생활보장수급자 또는 차상위 계층 또는 건강보험 또는 기타 중 택 1
- 치료 병원명 : 치료 받은 정신건강의학과 의료기관명 기입

2. 신청자 정보

- 관계 : 본인, 보호자(가족), 의료기관, 기타 중 택 1
 - 보호자(가족) : 보호자(가족) 관계 확인 서류 등을 통해 확인된 보호자(가족)가 받는 경우
 - 기타 : 관계 또는 소속, 성명 필수 기입 (ex. ○○복지관 김경기)
- 성명 : 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서를 작성하는 자의 성명
- 전화번호 : 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청서를 작성하는 자의 실제 연락 가능한 전화번호

3. 신청 내용

- 신청유형 : 응급입원 치료비, 행정입원 치료비, 외래치료 지원 치료비, 초기진단비 치료비, 외래진료 치료비 중 택 1
- 신청금액 : 경기도 정신질환자 치료비 지원 신청금액을 원 단위로 작성
- 환자와의 관계 : 본인, 보호자(가족), 의료기관, 기타 중 택 1
 - 보호자(가족) : 보호자(가족) 관계 확인 서류 등을 통해 확인된 보호자(가족)가 받는 경우
 - 의료기관 : 의료기관이 받는 경우
 - 기타 : 본인, 보호자(가족), 의료기관에서 수령이 불가피하여 재직증명서 등을 통해 신분이 확인된 자가 치료비를 받는 경우 (관계 또는 소속, 성명 필수 기입)
- 은행명, 예금주, 계좌번호 : 치료비를 받고자 하는 자(기관)의 은행 정보 작성
 - 구비서류로 제출되는 통장 사본과 일치하도록 작성

4. 개인정보 수집 및 이용 동의서

- 개인정보 수집 및 이용 동의서 관련 내용 숙지 후 '동의함' 체크 후 동의 날짜, 환자(본인)가 직접 서명
 - ※ 만 14세 미만 아동은 법정대리인 동의 필수
- 2022년 신규접수 시 최초 1회 작성

부록 2-1

구비서류 예시 - 진료비 계산서·영수증(본인일부부담금 확인)

※ 본인 일부부담금 지원항목 : ①-⑥ (①에서 ⑥을 제외)

※ 영수증 서식은 병원마다 상이할 수 있음

※ 응급/행정입원, 외래치료 지원 치료비

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료	
				. . .부터 . . .까지		[] 야간 [] 공휴일	
진료과목		질병군(DRG)번호		병실		환자구분	
						영수증번호(연월-일련번호)	
항목		급여		비급여		금액산정내용	
		일부 본인부담 본인부담금	전액 공단부담금	선택 본인부담	선택진료 진료료	선택진료 료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)
기본항목	진찰료						⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤
	입원료	1인실					
		2·3인실					
		4인실 이상					
	식대						⑨ 이미 납부한 금액
	투약 및 조제료	행위료					
		약품비					⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
	주사료	행위료					
		약품비					
	마취료						⑪ 납부 한 금액
		처치 및 수술료					
	검사료						
		영상진단료					
	방사선치료료						
		치료재료대					
재활 및 물리치료료							
	정신요법료						
전혈 및 혈액성분제 제료							
	선택항목	CT 진단료					* 요양기관 임의활용공간 ※ 수령인이 환자 또는 보호자(가족)인 경우 : '이미 납부한 금액' 또는 '납부한 금액' 항목을 확인하여 지원(상한액 초과금 제외) : 환자(보호자) 등이 치료비를 정신의료기관에 납부한 경우에는 지원 대상자 결정 후 해당 서류를 준비하여 신청하면 심사를 통해 지급 ※ 수령인이 의료기관인 경우 : '납부할 금액', 또는 '납부하지 않은 금액'의 납부하지 않은 금액일 경우 지원 : 환자가 치료비를 납부하기 전에 치료비 지원 대상자로 결정 또는 확인된 경우에는 지원 대상 치료비를 납부하지 않고 퇴원 또는 귀가
MRI 진단료							
PET 진단료							
초음파 진단료							
보철·교정료							
「국민건강보험법」 제41 조의4에 따른 요양급여							
65세 이상 등 정액							
정액수가(요양병원)							
정액수가(완화의료)							
질병군 포괄수가							
합계		①	②	③	④	⑤	
상한액 초과금		⑥	→본인 일부부담금 지원항목 : ①-⑥			선택진료 신청	[] 유 [] 무
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원					
사업자등록번호				상호		전화번호	
사업장 소재지				대표자		[인]	
		년 월 일					

부록 2-2

구비서류 예시 - 진료비 계산서·영수증(본인부담금 확인)

※ 본인부담금 지원항목 : (①-⑥)+③+④+⑤

※ 영수증 서식은 병원마다 상이할 수 있음

※ 초기진단비 치료비, 외래진료 치료비

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료	
				. . .부터 . . .까지		[] 야간 [] 공휴일	
진료과목		질병군(DRG)번호		병실		환자구분	
						영수증번호(연월-일련번호)	
항목		급여		비급여		금액산정내용	
		일부 본인부담	전액 본인부담	선택 진료료	선택진료 료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)	
		본인부담금	공단부담금	본인부담	선택 진료료	⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤	
기본항목	진찰료						
	입원료	1인실					
		2·3인실					
		4인실 이상					
	식대					⑨ 이미 납부한 금액	
	투약 및 조제료	행위료					
		약품비				⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)	
	주사료	행위료					
		약품비					
	마취료					⑪ 납부 한 금액	카드
	처치 및 수술료						현금영수증
							현금
	검사료					합계	
	영상진단료					납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)	
	방사선치료료					현금영수증()	
치료재료대					신분확인번호		
재활 및 물리치료료					현금영수증 승인번호		
정신요법료					* 요양기관 임의활용공간		
전혈 및 혈액성분제 제료					※ 수령인이 환자 또는 보호자(가족)인 경우 : '이미 납부한 금액' 또는 '납부한 금액' 항목을 확인하여 지원(상한액 초과금 제외) : 환자(보호자) 등이 치료비를 정신의료기관에 납부한 경우에는 지원 대상자 결정 후 해당 서류를 준비하여 신청하면 심사를 통해 지급		
선택항목	CT 진단료						
	MRI 진단료						
	PET 진단료						
	초음파 진단료						
	보철·교정료						
「국민건강보험법」 제41 조의4에 따른 요양급여					※ 수령인이 의료기관인 경우 : '납부할 금액', 또는 '납부하지 않은 금액'의 납부하지 않은 금액일 경우 지원 : 환자가 치료비를 납부하기 전에 치료비 지원 대상자로 결정 또는 확인된 경우에는 지원 대상 치료비를 납부하지 않고 퇴원 또는 귀가		
합계		①	②	③	④	⑤	
상한액 초과금		⑥	본인부담금 지원항목 : (①-⑥)+③+④+⑤			선택진료 신청	[] 유 [] 무
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원					
사업자등록번호		상호			전화번호		
사업장 소재지					대표자		[인]
년 월 일							

부록 3-1

구비서류 예시 - 건강보험료 납부확인서

※ 보건복지부(국비) 정신질환자 치료비 지원 사업 대상에 해당할 경우 국가 보조사업 우선 지원

- 외래진료 치료비 : 대상자 요건 '중위소득 120% 이하'로 소득 기준 확인 서류 필수 제출
· 단, 경기도 외래진료 치료비의 경우 신청일 기준 전월부터 최근 6개월 건강보험 납부 내역을 확인하여 1개월 이상 기준 중위소득 120% 이하에 해당 시 지원 가능
- 초기진단비 치료비 : 보건복지부(국비) 치료비 대상자인지 파악하기 위해 소득 기준 확인 서류 필요

발급번호:

1/1

가입자 건강·장기요양보험료 납부확인서

가입자 성명					생년월일			
사업장 명칭					납부자번호			
년 월 ~ 년 월 납부내역 (단위: 원)								
월별	고지금액				납부금액			
	건강 보험료	장기요양 보험료	소득월액 (건강)	소득월액 (요양)	건강 보험료	장기요양 보험료	소득월액 (건강)	소득월액 (요양)
1월								
2월								
3월								
4월								
5월								
6월								
7월								
8월								
9월								
10월								
11월								
12월								
연말정산								
합계								
납부총액					용도구분		납부확인용	

위와 같이 보험료를 납부하였음을 확인합니다

년 월 일

국민건강보험공단 이사장



- ※ 이 확인서는 상기 사용용도 외의 다른 용도로 사용되어서는 안 되며, 다른 용도(재직·경력증명, 금융기관 제출 등)로 사용되어 발생한 문제에 대한 법적 책임은 공단에 있지 않음을 알려드립니다.
- ※ 이 확인서는 공단 홈페이지(www.nhis.or.kr) 또는 납부확인용의 경우 정부24(www.gov.kr)에서 직접 출력할 수 있으며(공인인증서 필요), '증명서발급사실확인' 메뉴 또는 문서 하단의 바코드로 발급사실을 확인할 수 있습니다.(발급일로부터 90일 까지). 단, 정부24에서 발급 받은 경우는 정부24에서만 확인이 가능합니다.
- ※ 위 내용은 발급일 현재 기준이며, 당월 보험료 정산, 자격변동신고, 납부취소 등의 사유로 변경될 수 있습니다.
- ※ 종합소득세신고용 지역보험료 및 소득월액보험료 납부금액은 납부하신 연체금과 신용카드 수수료가 포함되어 있습니다.
- ※ 직장가입자의 보수월액보험료 납부의무자는 「국민건강보험법」 제77조에 따라 사업장의 사용자입니다.



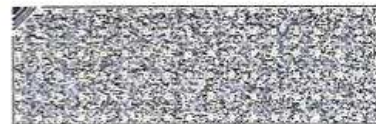


문서확인번호:



건강보험자격확인(통보)서				
수신기관(자)명		자격확인요청일		
증 번호		사업장관리번호		
가입자	성명	주민등록번호		
자 격 확 인 내 역				
성명	주민등록번호	자격취득일	자격상실일	급여정지사유 및 기간
		이하여백		
<p>이와 같이 건강보험 자격을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장</p> <p style="text-align: center;">- 직인생략 -</p>				

※ 이 확인서는 국민건강보험공단 인터넷 홈페이지(www.nhis.or.kr)에서 직접 발급이 가능합니다. (공인인 중서 필요)
 ※ 이 확인서는 건강보험 자격확인용이므로 다른 용도(제직증명서, 경력증명용, 대출용 등)로 사용 시 공단에 법적인 책임이 없음을 알려드립니다.



◆본 증명서는 인터넷으로 발급되었으며, 정부24(gov.kr)의 인터넷발급문서진위확인 메뉴를 통해 위·변조 여부를 확인할 수 있습니다. (발급일로부터 90일까지) 또한 문서하단의 바코드로도 진위확인(정부24 앱 또는 스캐너용 문서확인프로그램)을 하실 수 있습니다.

부록 4-1

구비서류 예시 - 경기도민 확인 서류 1

※ 신청일 기준, 3개월 이내 발급 서류로 제출

발급확인번호

주 민 등 록 표
(초 본)

이 초본은 개인별 주민등록표의 원본 내용과 틀림없음을 증명합니다.
담당자: 전화
신청인: 용도 및 목적:

2019년 8월 1일
경기도 용인시 기흥구 구성동장

이 용지는 위조식별 표시가 되어있음.

성 명(한자)	()	주민등록번호
인 적 사 항 변 경 대 용		
인적사항변경대용		
"주민등록번호 정정내역 없음"		
번호	주 소	발 생 일 / 신 고 일 변 동 사 유
1	경기도	출생등록
2	경기도	1994-11-11 1994-11-22 전입
3	경기도	1997-11-17 1997-11-17 전입
4	서울특별시	1998-06-09 1998-06-09 전입
5	[통반설치조례제221호('99.3.26)에의거]	
6	서울특별시	1999-04-01 통반변경
7	서울특별시	1999-11-13 1999-11-13 전입
8	경기도	2001-11-26 2001-11-26 전입
9	경기도	2007-02-01 2007-02-01 전입
10	경기도	2011-02-01 2011-02-01 전입

※ 1. 주민등록표(초본)은 정부24(www.gov.kr)에서 무료로 주민등록표를 열람하거나 교부받을 수 있습니다.
2. 정부24(www.gov.kr)에서 위 발급확인번호로 내용의 진위여부를 발급일로부터 90일 이내 열람할 수 있습니다.
3. 위 발급확인번호는 주민등록표(초본)를 열람하는 것으로 확인을 인쇄하는 것으로 갈음합니다.
4. 위 발급확인번호는 주민등록번호가 아닌 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호가 기재됩니다. [다음장계속]

증지발행시각 14:44:42.862

구비서류 예시 - 경기도민 확인 서류 2

※ 신청일 기준, 3개월 이내 발급 서류로 제출

발급확인번호 :

주 민 등 록 표
(등 본)

이 등본은 세대별 주민등록표의
원본내용과 틀림없음을 증명합니다.
담당자 : 전화:
신청인 :
용도 및 목적 :

경기도

세대주 성명(한자)	()	세대 구성 사유 및 일자	전입 2013-02-25
주 소	발 생 일 / 신 고 일 연 동 사 유		
현주소:	경기도	2019-01-02	2019-01-02 전입
== 공 란 ==			
번호	세대주와의 관계	성 명(한자) 주민등록번호	발 생 일 / 신 고 일 등 록 사 유
1	본인	()	2013-02-25 2013-02-25 거주자
2	제	()	2016-03-14 2016-03-14 거주자
3	제	()	2017-02-14 2017-02-14 거주자
== 이 하 여 백 ==			

[201955300510004982-W539-14:32:46-02001]

[다음장계속]

※ 1. 본인이나 세대원은 정부24(www.gov.kr)에서 무료로 주민등록표를 열람하거나 교부받을 수 있습니다.
2. 정부24(www.gov.kr)에서 위 발급확인번호로 내용의 진위여부를 발급일로부터 90일간 확인하실 수 있습니다.
3. 직인의 날인은 「행정업무의 효율적 운영에 관한 규정」에 따른 전자이미지관인을 인쇄하는 것으로 갈음할 수 있고, 이 경우 직인의 색상은 적색 또는 흑색으로 할 수 있습니다.
4. 외국인 또는 외국국적동포는 주민등록번호가 아닌 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호가 기재됩니다.

무인민원발급창구용