

# 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    총장

참    조

제    목    저소득층 24세 이하 눈 의료비 지원 관련 협조 요청

1. 귀 학교의 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 각 가정에 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, 한국실명예방재단)
- 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)		
	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

재단법인 한국실명예방재단 이사장

