

코로나19 예방접종피해 국가보상제도 안내

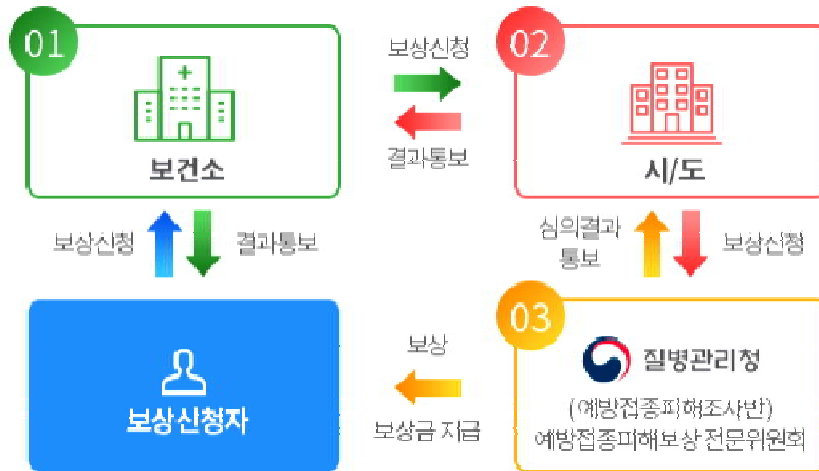
- 코로나19 예방접종으로 인한 이상반응이 발생할 경우 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률'에 따라 예방접종 피해에 대한 국가보상제도를 운영하고 있습니다.
- '감염병 예방 및 관리에 관한 법률' 제 11조, 같은 법 시행규칙 제 7조에 의해 **피해보상 신청 전 이상반응 신고가 선행** 되어야 합니다.

1. 보상신청 대상자여부 확인

체크리스트		예	아니오
1	접종하신 백신이 '코로나19 예방접종'입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	코로나19 예방접종으로 인한 이상반응 으로 진료 를 받으셨습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	해당 이상반응 에 대해 보건소로 신고 가 이뤄졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'아니오'가 1개라도 있다면 대상자가 아닙니다.			

2. 피해보상신청

- 신청 절차 모식도



- 신청 절차 설명

- **보상신청자**는 구비서류를 갖추어 보건소에 제출
- **보건소**는 경기도로, **경기도**는 질병관리청으로 서류를 제출함.
- **질병관리청**은 '예방접종피해보상 전문위원회'를 통해 인과성 여부를 판단. 인과성이 인정되면, 해당 보상금을 보상수급권자에게 지급

3. 보상 관련 유의사항 안내

신청조건	- 이상반응으로 신고 후 보상접수 가능 (신고내역없이 제출된 경우 접수 불가)
	- 사망일시보상금 및 장제비 신청의 경우, 부검이 선행 되어야 합니다.
서류제출	- 예방접종피해가 발생한 날, 장애인단일 또는 사망일로부터 5년 이내 신청
	- 원본서류를 제출 해야 하며(FAX, 이메일 불가), 제출된 서류는 반환 불가
	- 제출된 서류의 심사과정에서, 서류의 보완 요청이 발생할 수 있습니다. (의미가 모호하여 정확하지 않거나, 부족한 정보를 교정하기 위한 별도 자료 요청)
결과	- 서류 용도 : 보건소 제출
	- 제증명료, 물리치료 및 영양제 수액(알부민 등) 투여 비용 등은 보상 지급대상에서 제외
	- 접수한 날로부터 심사 및 보상여부 결과 통지까지 최대 120일이 소요 될 수 있음
	- 보상금 지급 여부의 결정에 대한 이의 신청은 1회 에 한함

[문의사항] *서류는 원본제출하셔야 하며, 이메일로 보내주셔도 접수되지 않습니다.

진접/오남/별내의 경우 남양주풍양보건소(diablo23456@korea.kr), 그 외 남양주지역(금곡, 다산 등)은 남양주보건소(hyjilee@korea.kr), 남양주 외 거주자는 거주지 관할 보건소로 문의바랍니다. (문의시, 접종받은 자의 성함, 생년월일, 연락처, 진료기관, 진료일, 신고일 기재)

4. 이상반응 보상신청 서류 제출 체크리스트

구분	발급	제출 서류 및 체크리스트	
		제출 서류명	체크리스트
진료비 및 간병비 신청 - 본인부담금 30만원 미만 (소액절차)	본인이 작성/제출	○ 진료비 및 간병비 신청서	· 노란색으로 표시된 칸을 모두 채우셨습니까? <input type="checkbox"/>
		○ 신청자/접종자의 신분증 사본	· 신청자 및 접종자의 신분증 복사본 <input type="checkbox"/>
		○ 통장 사본	· 보상신청자(접종받은자 혹은 대리신청자) 명의 <input type="checkbox"/>
		○ (대리인 신청시)신청인과 본인(접종 받은 사람)의 관계를 증명하는 서류	· (대리인 신청시에만)가족관계증명서 혹은 등본 등 <input type="checkbox"/>
		○ 이상반응 소액 피해보상 동의서	· 노란색으로 표시된 칸을 모두 채우셨습니까? <input type="checkbox"/>
	병의원 발급	○ 이상부위 사진(선택사항)	· 멍, 염증 등 국소반응이 있는 경우 제출 가능(별도 양식 없음) <input type="checkbox"/>
		○ 의료기관이 발행한 진료확인서 (대체서류 없이 의무기록으로 대체 불가)	· 이상반응 증상 및 발생일이 기재되어 있습니까? * 입퇴원확인서, 통원확인서, 진단/소견서로 대체가능하나, 이상반응 증상 및 발생일이 기재되지 않은 경우 관련내용이 기록된 의무기록 추가제출 필요 <input type="checkbox"/>
		○ 진료비 영수증	· 이상반응의 진료와 관련된 영수증이 맞습니까? <input type="checkbox"/>
		○ 진료비 세부산정내역서	· 영수증과 세부산정내역서의 합계 금액이 같습니까? <input type="checkbox"/>
			· 각 항목별로 날짜, 코드, 명칭, 금액, 횟수, 일수 및 급여, 비급여 등이 상세히 기재되어 있습니까? (부록 참조) <input type="checkbox"/>
진료비 및 간병비 신청 - 본인부담금 30만원 이상	본인이 작성/제출	○ 진료비 및 간병비 신청서	· 노란색으로 표시된 칸을 모두 채우셨습니까? <input type="checkbox"/>
		○ 신청자/접종자의 신분증 사본	· 신청자 및 접종자의 신분증 복사본 <input type="checkbox"/>
		○ 통장 사본	· 보상신청자(접종받은자 혹은 대리신청자) 명의 <input type="checkbox"/>
		○ (대리인 신청시)신청인과 본인(접종 받은 사람)의 관계를 증명하는 서류	· (대리인 신청시에만)가족관계증명서 혹은 등본 등 <input type="checkbox"/>
		○ 이상부위 사진(선택사항)	· 멍, 염증 등 국소반응이 있는 경우 제출 가능(별도 양식 없음) <input type="checkbox"/>
	병의원 발급	○ 의료기관이 발행한 진료확인서 (대체서류 없이 의무기록으로 대체 불가)	· 이상반응 증상 및 발생일이 기재되어 있습니까? * 입퇴원확인서, 통원확인서, 진단/소견서로 대체가능하나, 이상반응 증상 및 발생일이 기재되지 않은 경우 관련내용이 기록된 의무기록 추가제출 필요 <input type="checkbox"/>
		○ 진료비 영수증	· 이상반응의 진료와 관련된 영수증이 맞습니까? <input type="checkbox"/>
		○ 진료비 세부산정내역서	· 영수증과 세부산정내역서의 합계 금액이 같습니까? <input type="checkbox"/>
			· 각 항목별로 날짜, 코드, 명칭, 금액, 횟수, 일수 및 급여, 비급여 등이 상세히 기재되어 있습니까? (부록 참조) <input type="checkbox"/>
		○ 의무기록 사본 (이상반응으로 진료 받은 의무기록)	· 초진기록(문진 및 신체검진 반드시 포함)이 있습니까? <input type="checkbox"/> · [입원시] 입원 경과기록지가 포함되어 있습니까? <input type="checkbox"/> · [검사시] 시행한 검사 결과가 포함되어 있습니까? <input type="checkbox"/>
○ 3개월 이내의 의무기록 (3개월 내 의료기관 방문이력 존재시)	· 접종일 기준으로 3개월 이전까지 의료기관에서 진료를 받은 적이 있으시다면 제출하셔야 합니다. <input type="checkbox"/>		
장애인 일시보상금 신청	○ 장애인 일시보상금 신청서 ○ 의료기관이 발행한 진단서 ○ 신청인과 본인(보상대상자, 예방접종을 받은 사람)의 관계를 증명하는 서류		
사망자 일시보상금 및 장제비 신청	○ 사망 일시보상금 및 장제비 신청서 ○ 사망진단서 ○ 보상금 신청인이 유족임을 증명하는 서류 ○ 부검소견서		

※ 심사과정에서 부족한 정보를 보완하기 위해, 접수 후 추가적인 서류가 요청될 수 있습니다.

진료비 및 간병비 신청서

접수번호	접수일	처리기간	120일	
신청인	성명	[Redacted]	주민등록번호	[Redacted]
	전화번호	[Redacted]	본인과의 관계	[Redacted]
	주소	[Redacted]		
본인 인적사항	성명	[Redacted]	주민등록번호	[Redacted]
	※ 만19세 미만은 대리인 신청 및 관계증명서류(등본 등) 제출			
	주소	[Redacted]		
예방접종의 내용	예방접종의 종류	[Redacted]		
	접종 장소	[Redacted]	접종 일시	[Redacted]년 [Redacted]월 [Redacted]일 (오전/오후) [Redacted]시 [Redacted]분
진료비	간병비			

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제71조, 같은 법 시행령 제31조제1항 및 같은 법 시행규칙 제47조 제1항에 따라 위와 같이 진료비 및 간병비를 신청합니다.

[Redacted]년 [Redacted]월 [Redacted]일

신청인 [Redacted] (서명 또는 인)

특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 별지 제33호서식의 진료확인서 1부 2. 신청인과 본인과의 관계를 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 신청인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 제출합니다) 1부	수수료 없음
특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항	주민등록표 등본	

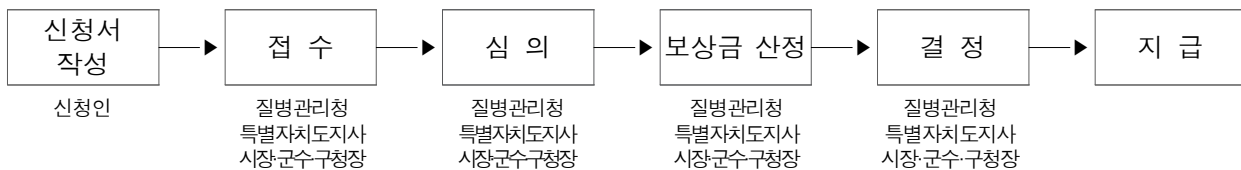
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인 [Redacted] (서명 또는 인)

처리절차



■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제34호서식] <개정 2020. 12. 30.>

[]사망 []장애인 일시보상금(및 장제비) 신청서

접수번호	접수일	처리기간	120일	
신청인	성명	[]	주민등록번호	[]
	전화번호	[]	본인과의 관계	[]
	주소	[]		
사망자 또는 장애인 인적사항	성명	[]	주민등록번호	[]
	※ 만19세 미만은 대리인 신청 및 관계증명서류(등본 등) 제출			
	주소	[]		
예방접종의 내용	예방접종의 종류	[]	접종 일시	[]년 []월 []일 (오전/오후) []시 []분
	접종 장소	[]		

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제71조, 같은 법 시행령 제31조제1항 및 같은 법 시행규칙 제47조제2항에 따라 일시보상금(및 장제비)을 신청합니다.

[]년 []월 []일

신청인

[] (서명 또는 인)

특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 사망 일시보상금 및 장제비의 경우: 사망진단서, 부검소견서 및 보상금 신청인이 유족임을 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 유족임을 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다) 2. 장애인 일시보상금의 경우: 의료기관이 발행한 진단서 및 보상금 신청인과 본인의 관계를 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 신청인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 첨부합니다)	수수료 없음
특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항	주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서

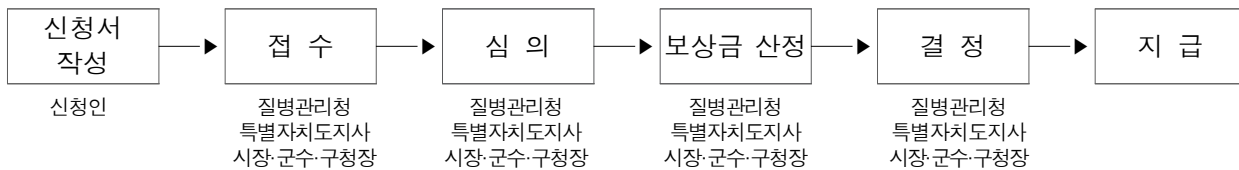
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인

[] (서명 또는 인)

처리절차



코로나19 예방접종 후 이상반응 소액 피해보상에 대한 동의서

코로나19 예방접종 후 이상반응으로 인한 본인부담금 30만원 미만 보상신청 건에 대해 예방접종피해보상 전문위원회의 심의결과 보상금 지급이 결정된다 하더라도, 해당 결정은 당해 보상신청 건에 한하여 적용되는 것이고, 향후 추가되는 신청 건에서는 이전의 심의결과가 동일하게 적용되지 않음

위 내용을 이해하고 동의하였음

보상금신청대상자:(이름) [REDACTED] (인) [REDACTED]

(주민번호: [REDACTED] - [REDACTED])

[REDACTED] 년 [REDACTED] 월 [REDACTED] 일

질 병 관 리 청 장 귀 하

부록 - 병의원 발급 서류 예시 [본 서식은 예시이며, 의료기관으로부터 발급받아야 함]

○ 진료비 세부산정내역서

■ 보건복지부 고시 제2018-21호[별지 제1호 서식] 진료비 세부산정내역 서식 (제2조제1항 관련)

진료비 세부산정내역

환자등록번호	환자성명	진료기간	병실	환자구분	비고							
항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여	
								일부분인부담		전액 본인부담		
								본인부담금	공단부담금			
계												
끝수처리 조정금액												
합계												

신청인 (환자와의 관계 :) 의 요청에 따라
진료비 계산서·영수증 세부산정내역을 발급합니다.

년 월 일

요양기관 명칭	대표자	[인]
---------	-----	-----

○ 진료확인서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제33호서식]

진료확인서

진료자	성명	생년월일	성별
	주소		
질병명 또는 주요 소견 <i>(예시) 상기환자는 00백신 0000년 0월 0일 접종하였으며, 2021년 0월 0일부터 000를 호소하여 본원치료를 받고 있으며...(이하생략)</i>			
진료일수	외래	일	
	입원	일	
의료비	총액	보험자 부담액	의료보험 본인부담액
			의료보험 비급여액
위와 같이 진료하였음을 확인함.			
의료기관의 명칭 소재지 개설자의 성명 (서명 또는 인)			