

2025년 필수의료 전공의 배상보험료 지원사업 안내

< '25.11.7.(금), 한국의료분쟁조정중재원 필수의료지원TF >

1 개요

□ (목적) 수련병원의 전공의 보험료를 국가가 일부 보조하여, 전공의 보호 강화 및 안전한 수련 환경 조성

□ (지원내용) 필수의료 전공의 배상보험료의 일부 국가지원 (1년, 1회)

① **신규가입 전공의 단체보험료 지원** 또는 ② **기존가입 배상보험료 지원** 중 (택 1)

□ (지원금액) ① 전공의 단체보험 (신규 판매 예정) 보험료의 50.0% 지원
② 기존가입 배상보험료 지원 선택 시 동일 금액* 환급

* (예시) ① 전공의 단체보험 신규 보험료가 1인당 50만원 이라면 50%인 25만원 환급

2 [신규가입] 전공의 단체보험

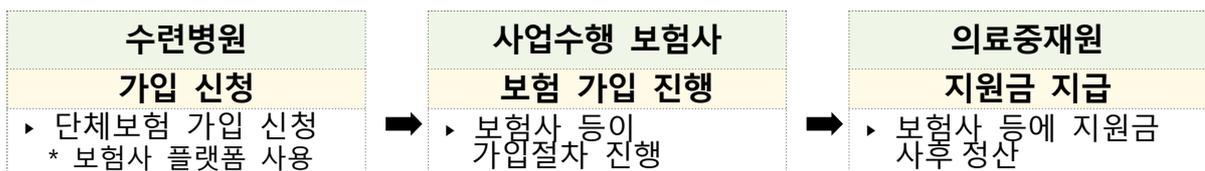
전공의 단체보험은 사업수행 보험사 선정 후(11월 중) 상품 내용 및 보험료 확정 예정으로 **사업수행 보험사에 별도 신청 (추후 안내)**

< 전공의 단체보험 (안) >

- ▶ 사업수행 : 민간보험사 또는 의협공제조합
- ▶ 계약자 : 수련병원 ▶ 피보험자 : 전공의 (필수 8개 과목)
- ▶ 보장범위 : 전공의 관련 의료사고
- ▶ 보장기간 : 1년 ('25.12~'26.11, 1년 단위 갱신)
- ▶ 보상한도 : 전공의 1인당 자기부담금 5천만 원 초과 2.5억 원 (사건 당, 연간 총 한도)

* 자기부담(공제금액)은 보험사 협의 및 선정 공모를 통해 하향 조정 가능

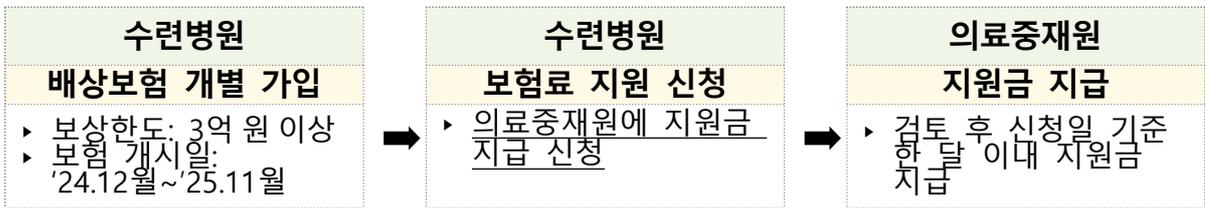
□ (지원절차) 전공의 단체보험(신규): 보험사 선정 · 상품 확정(11월 중)
→ 수련병원이 해당 보험사에 가입신청 (수련병원 부담금 50% 납부)



3 [기존가입] 배상보험료 지원금 신청

- (신청대상) 필수의료 8개 진료과 전공의를 대상으로 지원조건을 충족한 의료사고 배상보험을 가입한 수련병원
 - (지원 대상 전공의) 내과·외과·산부인과·소아청소년과·심장혈관흉부외과·응급의학과·신경외과·신경과 소속 레지던트
 - (지원조건) 기존에 가입한 배상보험의 보장한도가 3억 원 이상이면서 보험개시일이 '24년 12월 부터 '25년 11월 중에 있는 보험
 - * 보험계약자- 수련병원, 피보험자- 수련병원 내 모든 의료인(필수의료 전공의 포함)

- (지원절차) 수련병원이 전공의 보험료 지원금 신청 → 의료중재원이 수련병원에 지원금 지급 (환급)



- (신청방법) 접수기간 내 신청서류 전자우편 (bojo@k-medi.or.kr) 제출

연번	서류명	제출 형식	비고
1	전공의 배상보험료 지원 신청서류 리스트	전자우편	word 또는 한글 파일 및 PDF
2	필수의료 전공의 배상보험료 지원 신청서(붙임2)	전자우편	word 또는 한글 파일 및 PDF
3	의료배상보험 가입 전공의 현황(붙임3)	전자우편	word 또는 한글 파일 및 PDF
4	보건의료자원통합신고포털 요양기관 현황정보 (인력-의사(전공의) 현황)	전자우편	Excell 파일 및 PDF
5	개인정보이용동의서(전공의 개인별)(붙임4)	전자우편	등기우편 송부 가능
6	보험가입증권 사본 (보험가입 보장한도 보장한도 공제금액 등 확인할 수 있는 서류)	전자우편	등기우편 송부 가능
7	사실증명(국세청 - 사업자등록사실여부 증명서)	전자우편	등기우편 송부 가능
8	의료기관 명의 통장 사본(신청서 내 지급계좌 번호와 일치)	전자우편	등기우편 송부 가능

- * 전자우편 제출 파일 명 : 1. (의료법인 ○○ 병원) 전공의 배상보험료 지원신청서 리스트
 2. (의료법인 ○○ 병원) 필수의료 전공의 배상보험료 지원신청서 ~ 상동
- * 일부 등기우편 송부 가능, 우편주소 서울 중구 소월로2길 30, 22층 의료중재원 필수의료지원TF(터워)

- (접수기간) '25. 11. 10.(월) 부터 '25.12.5.(금) 까지

* 접수마감일 도착분까지 인정

< 사업 관련 담당자 및 문의처 >

- (유선) 신연선 팀장 02-6210-0154, 박민정 대리 0160, 배미란 주임 0155
- (이메일) bojo@k-medi.or.kr

전공의 배상보험료 지원 신청서류 리스트

의료기관(법인)명:

연번	서류명	제출여부	비고
1	필수의료 전공의 배상보험료 지원 신청서	○	
2	의료배상보험 가입 전공의 현황	○	
3	보건의료자원통합신고포털 요양기관 현황정보	○	
4	개인정보이용동의서 (전공의 개인별)	○	
5	보험가입증권 사본	○	
6	사실증명(국세청 - 사업자등록사실여부 증명서)	○	
7	의료기관 명의 통장 사본	○	

2025년 월 일

의료기관명 :

(직인날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

붙임2

(기존가입) 배상보험료 지원 신청서

접수일자	2025. . .
접수번호	수련병원 2025 -

2025년도 (필수의료 전공의 배상보험료) 지원 신청서					
신청 기관 현황	법인(기관)명	의료법인 OO병원	법인등록번호	(해당시)	
			사업자등록번호		
	사업장소재지	(우편번호)	(광역구분)	(시군구)	
		(상세주소 - 도로명주소 기재)			
	요양기관기호		(법인)대표자명		
종별구분	종합병원	공공구분	국립대/공공/민간/기관		
수련 병원 지정 현황	수련종별	인턴 및 레지던트 수련 / 단일 전문과목 레지던트 수련 / 수련기관			
	전공의	명 (아래 전문과목별 인원수 합계와 동일해야함)			
	전공의 인원 (중복체크가능)	<input type="checkbox"/> 내과 (명)	<input type="checkbox"/> 외과 (명)	<input type="checkbox"/> 산부인과 (명)	
		<input type="checkbox"/> 심장혈관흉부외과 (명)	<input type="checkbox"/> 응급의학과 (명)		
		<input type="checkbox"/> 소아청소년과 (명)	<input type="checkbox"/> 신경외과 (명)	<input type="checkbox"/> 신경과(명)	
지정유지여부	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N (반납일: 20 . . .)				
의료 배상 보험 가입 현황	보장기간	20 . . .부터 20 . . .까지			
	보험유지여부	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N (해약일: 20 . . .)			
	보험료 총액				
	총 보험료	보상한도 (1건당/연간)	공제금액 (1건당/연간)		
	가입인원 (A) + (B)	총 명	의사(총인원)(A)		명
전문의			명		
전공의			명		
수련의			명		
		기타 의료인(B)		명	
총괄 책임자	소속	성명	직위		
	휴대전화	이메일			
실무 담당자	소속	성명	직위		
	휴대폰	이메일			
지급계좌	계좌번호	은행	예금주		

본 신청서의 내용은 사실과 틀림없으며, 제출된 서류의 내용이 허위로 판명되었을 경우 지원금 지급 결정의 전부 또는 일부를 취소할 수 있으며, 이로 인한 모든 책임은 신청자에게 있습니다.

2025년 월 일

의료기관명 : (직인날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

제출서류는 반환하지 아니하며, 심사를 위한 경우를 제외하고 신청자의 동의 없이는 신청 서류의 내용을 공개하지 않습니다.

개인정보 수집 · 이용 동의서

- ◇ 한국의료분쟁조정중재원은 「개인정보보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보수집 · 이용에 관한 동의를 받고 있습니다.
- ◇ 수집된 개인정보는 필수의료 전공의 배상보험료 지원 등 국고보조금 지급을 위하여 활용되며 이용목적의 범위 내 사용하게 됩니다.

[수집 · 이용 목적]

필수의료 전공의 배상보험료 지원 등 국고보조금 사업에 사용되며 수집한 개인정보는 수집·이용 목적 외에 다른 목적으로 이용되지 않습니다.

[개인정보 수집 · 이용 항목]

구 분		항 목	보유기간
수련병원 필수의료 전공의 배상보험료 지원 신청서	필수	법인등록번호, 사업자등록번호, 주소, 요양기관기호, 대표자명, 계좌정보 (담당자, 책임자의) 성명, 휴대전화, 이메일	<u>5년</u>
의료배상보험 가입전공의 현황	필수	성명, 면허번호	<u>5년</u>

[고유식별정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제24조제1항제2호에 따른 고유식별정보를 수집합니다.

구 분		항 목	보유기간
요양기관 현황정보 (인력-전공의)	필수	주민등록번호	<u>5년</u>

※ 개인정보 수집 · 이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 배상보험료 지원 보조금 지급이 불가할 수 있습니다.

동의합니다 동의하지 않습니다

2025년 월 일

신청인(레지던트)

(서명 또는 인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하