

## 2025년 여성어업인 특화건강검진 신청자 모집공고

어업에 주로 종사하여 근골격계 부담이 많은 여성어업인을 대상으로 특화 건강검진을 시행하여 직업질환 유병률 감소 및 어업유지 기여도 향상을 도모하는 「2025년 여성어업인 특화건강검진」 사업 신청자를 다음과 같이 모집하오니, 신청 기한 내 신청하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

- 신청기간 : 2025. 5. 30(금) ~ 2025. 7. 31.(목)
- 접수처 : 동구청 본관 4층 도시재생혁신과 방문접수
- 검진대상자 : 동구에 거주하는 만51세이상(1974년 12월 31일 이전 출생) 여성어업인
  - \* 「농어업경영체 육성 및 지원에 관한 법률」 제4조제1항제2호에 따라 어업경영체에 등록된 여성어업인, 「어업인 확인서 발급규정」에 따른 ‘어업인 확인서’를 발급받은 자에 한함.
- 검진기관 : 인천광역시 의료원(인천 동구 방축로 217)
- 지원기준 및 범위
  - 가. 지원금 지원기준 : 건강검진비 국비50%, 지방비40%, 자부담10%
  - 나. 지원범위(한도액)

구분	건강검진비용	국비	지방비	자부담
51세 이상	200,000원	100,000원	80,000	20,000원
54세, 60세, 66세*	160,000원	80,000원	64,000	16,000원

\* 일반건강검진에서 54세(71년), 60세(65년), 66세(59년) 여성에게 제공하는 골밀도검사 비용 감액

○ 구비서류 : 신청서, 어업경영체 등록(변경등록) 확인서, 주민등록표 초본

○ 선정 제외대상

가. 「해양수산물부 국고보조금 관리에 관한 규정」 제13조제4항의 각호에 해당하는 경우에는 사업자 선정에서 제외

나. 사업자로 선정된 이후 「해양수산물부 국고보조금 관리에 관한 규정」 제 23조제1항 제1호에 해당하는 경우 보조금 교부 결정을 취소

○ 여성어업인 특수건강검진 항목 세부내역

영역(유해요인)	항목
근골격계질환 (신체부담작업, 중량물취급)	슬관절(Both Knee Rosenberg view)
	요추(L-spine Anteroposterior and Lateral view)
	수골(Both hand Anteroposterior view)
	근골격계증상 선별설문
	근골격계장애 평가설문(Quick DASH, WOMAC-SF, ODI)
	근골격계질환 신체진찰
골절위험 (낙상)	골밀도검사(DEXA, 요추와 대퇴골), QCT(요추) * 54, 60, 66 세 제외
	근육량측정(다주파수측정법)
심혈관계질환 (온열, 스트레스)	LDL 콜레스테롤
	헤모글로빈(HbA1C)
난청(소음)	순음청력검사 (단, 병원선 제외 항목)

\* 검진에 대한 사후관리교육 포함되며 검진항목도 병원여건 등을 고려하여 탄력적으로 적용

○ 기타 유의사항

가. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 어업인 특화건강검진을 신청 또는 보조금을 수령 한 경우 지급 중지 및 환수 처분하며, 환수 처분을 받은 자는 그 처분이 있던 날의 다음 해부터 3년간 사업자 선정 대상에서 제외됨을 알려드립니다.

나. 신청 공고문 및 기타 세부사항은 해양수산부 소득복지과 「2025년 여성 어업인 특화건강검진 사업시행지침」을 따르며, 문의 사항이 있는 경우 인천광역시 동구청 도시재생혁신과 해양친수팀 (032-770-6398)으로 문의하시기 바랍니다.

2025. 5. 30.

인천광역시 동구청장

[별지 제1호 서식]

# 신청서

여성어업인 특화건강검진은 여성어업인의 건강관리와 질병예방을 위해 여성농어업인 육성법 시행령 제4조(여성농어업인 건강검진)에 따라 국가와 지방자치단체가 시행하는 건강검진입니다. 본 검진은 건강보험공단에서 시행하는 국가암검진과 국민건강검진 이외 여성어업인의 주요 건강문제를 관리하기 위해 추가로 시행하는 검진입니다. 건강검진의 목적은 6대 근골격계 질병, 골절위험, 뇌심혈관계질환 위험, 청력이상을 평가합니다.

검진대상은 만 51세 이상(1972년 12월 31일 이전 출생) 여성어업인입니다. 여성어업인은 어업경영체 등록이나 어업인확인서를 통해 증명되어야 합니다.

신청인 이름 \_\_\_\_\_ 주민등록번호 \_\_\_\_\_

신청인 주소 \_\_\_\_\_

연락받을 전화번호 \_\_\_\_\_

어업인 확인\*  어업경영체 등록  어업인확인서

\*본인의 어업인 자격을 확인할 수 있는 방법을 선택해주시기 바랍니다. 어업인 자격이 확인되지 않을 경우 검진대상자로 등록되지 않을 수 있습니다.

<p><b>개인정보 수집 이용 및 제3자 제공 동의에 관한 사항</b></p> <p>여성어업인 특화건강검진 대상자 자격 확인을 위해 개인정보를 수집하며, 검진예약안내를 위해 제 3자에게 개인정보를 제공합니다.</p>	<p><b>개인정보의 수집·이용 내역 ( <input type="checkbox"/> 확인하였습니다)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 항목: 성명, 주민등록번호, 전화번호, 주소</li><li>○ 수집·이용목적: 검진대상 자격확인</li><li>○ 보유·이용기간: 3년</li></ul> <p><b>개인정보 제3자 제공 내역 ( <input type="checkbox"/> 확인하였습니다)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 제공받는자:<ul style="list-style-type: none"><li>- 해양수산부 지정 여성어업인 특화건강검진 관리기관</li><li>- 관리기관 지정 거주지역의 지정 검진의료기관</li></ul></li><li>○ 항목: 성명, 생년월일, 전화번호</li><li>○ 제공목적: 건강검진 예약안내</li><li>○ 보유·이용기간: 1년</li></ul>
--	---

위와 같이 본 건강검진을 신청하며, 개인정보 수집 이용 및 제3자 제공에 동의합니다.

신청일 2025년 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일 서명 \_\_\_\_\_  
신청인의 이름(정자체)

인천광역시 동구청장 귀하