【서식1】

방문건강관리사업 서비스 대상 확인서

<table>
<tr><td rowspan="3">신청인</td><td>성명</td><td>(인)</td><td>주민등록
번호</td><td></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td></td><td>가구등록
번호</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">대상자
관리 보건소</td><td colspan="3">OOO 보건소</td></tr>
<tr><td colspan="2">비고
(사고 발생일 등
보험 청구 관련
전달사항 기재)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">위 사람은 방문건강관리사업 서비스 대상(기후취약계층)임을 확인합니다.

※ (참고) 경기 기후보험은 사고발생일(시점)에 PHIS에 등록되어 있는 대상자에 한하여 기후취약계층 보장항목 지원

2025년 월 일

확인자(담당주무관, 방문건강관리인력 등)

소속: 직급: 성명: (인)
연락처 (행정번호)
(휴대번호)</td></tr>
</table>