

2026 SSBCI 자격 요청 양식

회원 이름(First Name):		회원 성(Last Name):
회원 ID:	생년월일:	플랜 이름(회원 ID 카드 참고):

본인은 아래 질환 중 하나에 해당함을 확인합니다: ☐ 상자에 체크 표시하십시오

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 자가면역장애 <ul style="list-style-type: none"> • 결절성 다발동맥염 • 건선성 관절염 • 류마티스성 다발성 근육통 • 피부근염 • 피부경화증 • 다발성 근염 • 류마티스성 관절염 • 전신 홍반성 루푸스 • 암(전암 상태나 제자리암은 해당하지 않음) • 심혈관 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 심장 부정맥 • 만성 심부전 • 관상동맥 질환 • 말초 혈관 질환 • 만성 정맥성 혈전색전증 • 만성 알코올 또는 약물 의존증 • 만성 및 장애적 정신 건강 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 양극성 장애 • 중증 우울 장애 • 편집성 장애 • 정신분열증 • 조현정동장애 | <ul style="list-style-type: none"> • 만성 위장관 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 궤양염 • 염증성 장질환 • 비알코올성 지방간 질환 • B형 또는 C형 간염 • 만성 신장 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 투석 치료 중인 경우에만 해당 • 만성 폐 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 천식 • 만성 기관지염 • 폐기종 • 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) • 인지 기능 저하 관련 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 치매 • 알츠하이머병 • 당뇨병 • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 <ul style="list-style-type: none"> • HIV(인체면역결핍 바이러스) | <ul style="list-style-type: none"> • 신경학적 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 근위축성 측삭경화증(ALS) • 섬유근육통 • 만성 피로 증후군 • 척수 손상 • 뇌전증 • 뇌성마비 • 광범위한 신체 마비(예: 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단일마비 포함) • 헌팅턴병 • 다발성 경화증 • 파킨슨병 • 다발성 신경병증 • 척추 협착증 • 뇌졸중 또는 관련 신경 기능 결손 • 장기 이식 후 관리 • 중증 혈액 질환 <ul style="list-style-type: none"> • 재생불량성 빈혈 • 혈우병 • 면역성 혈소판 감소성 자반증 • 골수형성이상증후군 • 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 형질 제외) |
|--|--|--|

☐ 귀하께서 수혜자 본인이거나 권한을 위임받은 대리인인 경우, 위 요청을 확인하려면 이 상자에 체크 표시하십시오.

귀하께서 위임받은 대리인인 경우, 아래 정보를 기재해 주십시오:

성함:	전화번호:
주소:	