

## 2026년 경기청년 메디케어 플러스 사업 참여자 모집 공고

경기도 청년의 건강권 보장과 삶의 질 향상을 위해  
「경기청년 메디케어 플러스 사업」의 참여자를 다음과 같이 모집  
공고합니다.

2026년 5월 13일

경기도미래세대재단 대표이사

### 1 모집 개요

- 공 고 일 : 2026. 5. 13.(수)
- 모집기간 : 2026. 5. 20.(수) 9:00 ~ 5. 29.(금) 18:00까지
  - ※ 모집목표 인원 2배수 이상 신청 시 조기마감
- 신청방법 : 온라인 접수(잡아바 [apply.jobaba.net](http://apply.jobaba.net))
- 지원대상 : 경기도 거주 19~39세 청년(1986.1.1.~2007.12.31. 출생자)
- 지원내용 : 건강검진·예방접종 비용 1인 최대 20만원 지원
  - 건강검진 : 위·대장 내시경, 뇌MRI/MRA, 갑상선·복부·유방 초음파 등
  - 예방접종 : HPV 백신(가다실 9가), A·B형 간염백신, 대상포진 백신 등

## 2

## 신청 자격

- 연 령 : 경기도 거주 19~39세 청년(1986.1.1.~2007.12.31. 출생자)
- 거 주 지 : 공고일 기준 경기도에 거주 중인 자
- 지원 자격 ※ 지원 자격 확인은 공고일 기준으로 함  
(건강검진) 미취업 청년 / (예방접종) 중위소득 120% 이하 청년

	건강검진	예방접종
근로여부	미취업자	무관(취업, 미취업 모두 가능)
소득상태	소득 무관	중위소득 120% 이하까지 가능
우대사항	경기도 거주기간	경기도 거주기간

### <기준중위소득 120% 이하 기준표>

(단위 : 원)

		1인	2인	3인	4인	5인	6인
소득기준		3,078,000	5,040,000	6,431,000	7,794,000	9,069,000	10,268,000
건강보 양비 미달	직장가입자	110,969	183,365	232,890	284,951	327,091	374,300
	지역가입자	32,899	123,644	168,649	233,292	284,606	338,641
	혼합	-	185,675	236,378	290,169	337,647	390,974

출처 : 보건복지부 연도별 기준중위소득

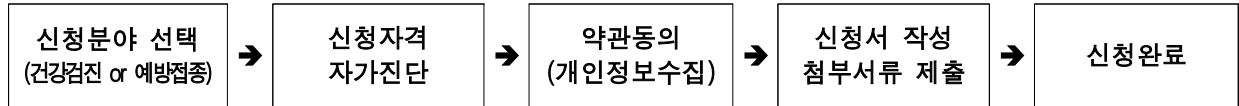
### [참여 제외대상]

- (공 통) 신청자격(연령, 거주지) 미충족자
- (건강검진) 공고일 기준 재직 중인 자
- (예방접종) 공고일 기준 중위소득 120% 초과인 자
- ※ 제출서류 누락, 미제출 시 서류심사 자격 미달로 신청대상에서 제외
- ※ 지원 분야 중복 신청 시 우선 선발 순위에서 제외

### 3

## 신청방법

- 접수기간 : 2026. 5. 20.(수) 9:00 ~ 5. 29.(금) 18:00까지
- 신청방법 : 잡아바 접속(apply.jobaba.net) → 경기청년 메디케어 검색
- 신청절차



- ※ 모집목표 인원 2배수 이상 신청 시 조기마감
- ※ 건강검진 또는 예방접종 중 하나만 신청 가능

### 4

## 제출서류

[건강검진] ①,② 모두 필수 제출

- ① 기본서류 : 주민등록초본
- ② 미취업 확인 : 건강보험 자격득실 확인서(퇴직 미반영 시 퇴직증명서 대체 제출)

[예방접종] ①,② 모두 필수 제출

- ① 기본서류 : 주민등록초본
- ② 소득조회 : 건강보험자격확인서, 건강보험료 납부확인서

※ 신청인이 피부양자로, 건강보험료 납부확인서 발급이 불가능한 경우 아래 3종 서류 모두 제출必

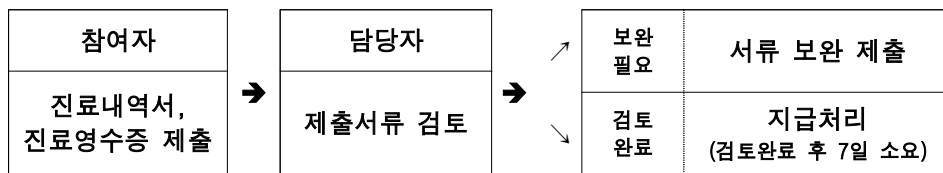
- ㉠ 부양자의 건강보험 자격확인서
- ㉡ 부양자의 건강보험료 납부확인서
- ㉢ 제3자 개인정보제공동의서(자격확인서 내 등재된 인원 전체 작성 필요)

※ 온라인 신청 시 주민등록초본, 건강보험료 납부확인서 공공마이데이터 연동 제출

## 5

## 선정 및 지원금 지급

- 발표일 : 2026. 7. 1.(수)
- 선정안내 : 개별 연락 및 온라인(잡아바 마이페이지) 안내
- 선정방법 : 지원 자격 확인 후 경기도 거주기간 우대하여 선발
- 지급절차 ※ 선정자 대상 개별 상세안내 예정



- ※ 신청자의 거주기간·소득 등이 같아 경합하는 경우에는 먼저 신청서를 접수한 자를 선발함
- ※ 신청자 수에 따라 서류심사 소요기간 변경될 수 있습니다.

### ○ 검진내역 제출서류

- 결제영수증(카드영수증 또는 현금영수증)
- 진료·접종 내역(영수증, 검진세부산정내역, 예방접종확인서)
- 계좌사본

※ 2026년 1월부터 10월까지 실시한 검진비 인정

※ 1인 최대 20만원까지 지원, 20만원 초과금액은 개인이 부담

## 6

## 문의안내

- 공고문과 신청페이지 내 FAQ를 확인해 주세요.
- 온라인 : 잡아바 접속 → 경기청년 메디케어 → Q&A 작성
- 전 화 : (경기청년 메디케어 콜센터)1877-0203 \*평일 9:00~18:00 운영