

2026년도 여성어업인 특화건강검진사업 희망자 추가모집 공고

「2026년도 여성어업인 특화건강검진사업」 희망자를 다음과 같이 추가 모집 공고하오니, 희망자는 공고 내용을 숙지하여 기한 내 신청하여 주시기 바랍니다.

2026년 7월 20일

부 안 군 수

I		지원사업 개요
---	--	---------

- 가. 사 업 명 : 2026년 여성어업인 특화건강검진사업
- 나. 신청기간 : 2026. 7. 20.(월) ~ 7. 31.(금)
- 다. 접 수 처 : 주민등록 주소지 읍·면사무소
- 라. 지원대상 : 부안군 거주 51세(1975년 12월 31일 이전 출생)이상 여성어업인
- ※ 제외대상
- 1) 2026년 여성농업인 특수건강검진 대상자
- 2) 2025년 여성어업인 특화건강검진 수검자
- 마. 사 업 량 : 여성어업인 384명/ 76,800천원(국비50%, 도비10%, 군비40%)
- 바. 지원내용 : 건강검진비용 전액(20만원)
- 사. 검진장소 : 부안성모병원 또는 이동검진(소망하나로병원, 대자인병원)

II		신청방법
----	--	------

가. 여성어업인 특화건강검진을 신청하고자 하는 자는 신청 기간 내에 어업인경영체 등록증 또는 맨손어업, 나잠어업 신고증을 구비하여 주민등록 주소지 읍·면사무소에 방문하여 신청서 제출

III		검강검진 항목
-----	--	---------

영 역(유해요인)	항 목
근골격계질환	슬관절(Both Knee Rosenberg view)

(신체부담작업, 중량물취급)	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) * 만54, 60, 66세 제외
	근육량측정(다주파수측정법)
심혈관계질환 (온열, 스트레스)	LDL콜레스테롤
	헤모글로빈(HbA1C)
난청(소음)	순음청력검사 (단, 병원선 제외 항목)

* 검진에 대한 사후관리교육 포함되며 검진항목도 병원여건 등을 고려하여 탄력적으로 적용

IV		기타사항
----	--	------

가. 접수된 서류는 반환하지 아니하며, 구비서류가 미비된 신청은 무효로 함

나. 기타 자세한 사항은 우리 군 해양수산과(☎ 063-580-4482) 또는 주민등록주소지 읍·면사무소에 문의하시기 바랍니다.

[별지 제1호 서식]

신 청 서

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 51세 이상(1975년 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.

개인정보 수집 이용 및 제3자 제공 동의에 관한 사항 여성어업인 특화건강검진 대상자 자격 확인을 위해 개인정보를 수집하며, 검진예약안내를 위해 제 3자에게 개인정보를 제공합니다.	개인정보의 수집·이용 내역 (☐ 확인하였습니다) ○ 항목: 성명, 주민등록번호, 전화번호, 주소 ○ 수집·이용목적: 검진대상 자격확인 ○ 보유·이용기간: 3년
	개인정보 제3자 제공 내역 (☐ 확인하였습니다) ○ 제공받는자: - 해양수산부 지정 여성어업인 특화건강검진 관리기관 - 관리기관 지정 거주지역의 지정 검진의료기관 ○ 항목: 성명, 생년월일, 전화번호 ○ 제공목적: 건강검진 예약안내 ○ 보유·이용기간: 1년

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

신청일		20 년		월		일		서명	
									신청인 의 이름 (정자 체)

부안군수 귀하