

「2026년 김포시 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업」 참여자 모집 공고

김포시에서는 노동자의 건강 증진과 안정적인 일터환경을 조성하기 위하여 「2026년 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업」을 추진하오니, 참여 희망하시는 분들의 많은 신청 바랍니다.

2026년 4월 2일

김 포 시 장

1 모집개요

- 사 업 명 : 2026년 김포시 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업
- 지원내용 : 종합 건강검진비 1인당 20만 원 지원
- 사업기간 : 2026. 4. ~ 2026. 12.
- 지원규모 : 연간 154명
- 지원방식 : 노동자는 협약 의료기관에서 건강검진 수검 후, 검진비를 김포시에서 협약 의료기관으로 직접 지급
- 검진기관 : 김포시와 협약을 체결한 관내 의료기관

본 사업은 고용노동부 주관 「2026년 취약노동자 일터개선 지원사업」에 김포시가 참여하여 국비를 지원받아 추진하는 사업입니다.

2 지원 세부내용

○ 지원내용

- 종합 건강검진비 1인당 20만 원(협약 의료기관 검진 프로그램 기준)
- 협약 의료기관의 기본 검진 프로그램(20만 원) 외 추가 검진 항목을 선택하거나 건강검진비 외 별도 추가되는 비용이 있는 경우, 해당 비용은 대상자 본인 부담

※ 검진 프로그램은 대상자 선정 후 대상자에게 이메일을 통해 별도 안내합니다.

○ 지원방법

- 협약 의료기관에 대상자가 예약 후 지정된 날짜에 건강검진 수검
- 김포시에서 협약 의료기관에 검진비 사후 지급

○ 협약 의료기관 현황(3개소)

- 김포우리병원(김포시 감암로 11, 절포동)
- 뉴고려병원(김포시 김포한강2로 283, 장기동)
- 히즈메디병원(김포시 김포대로 681, 풍무동)

○ 지원절차

온라인 신청 (2026. 4. 13. ~ 4. 24.)	신청자
	
신청자 자격요건 검토, 대상자 선정 및 통보 (2026. 5. 15.까지)	김포시 → 대상자
	
협약 의료기관 건강검진 수검 (2026. 5. 26. ~ 11. 30.)	대상자 → 의료기관
	
검진비 사후 정산 지급	김포시 → 의료기관

3 지원 및 제외대상

○ 지원대상 : 다음 ① ~ ③의 요건을 ‘모두’ 충족하는 경우

- 사업장 요건

① 김포시에 소재하고, 개업 후 2년 이상 운영 중인 사업장

② 상시 근로자 수가 10인 미만인 사업장

※ 상시 근로자 수는 고용보험 피보험자 수를 기준으로 산정하되, 필요 시 추가자료를 통해 보완 확인할 수 있습니다.

- 노동자 요건

③ 위 사업장에 소속되어 1년 이상 재직 중인 내국인 노동자

○ 제외대상 : 다음 중 ‘하나라도’ 해당하는 경우 지원 제외

- 사업장의 대표자 또는 대표자의 배우자 및 부모·자녀

- 휴업 또는 폐업 상태인 사업장에 소속된 노동자

- 신청인 본인의 국세 또는 지방세 체납이 있는 경우

- 허위 서류 제출 등 부정한 방법으로 신청한 사실이 확인된 경우

※ 지원 및 제외대상의 판단 기준일은 공고일로 합니다.

4 신청방법 및 제출서류

○ 신청기간 및 모집인원

- 2026. 4. 13.(월) 10:00 ~ 4. 24.(금) 18:00 / 154명

○ 신청방법 : 온라인 신청

- 잡아바어플라이 통합접수시스템(<https://apply.jobaba.net>)

- **선정방법** : 신청인원이 모집인원을 초과하는 경우 <아래> 기준에 따라
고득점자순으로 대상자를 선정하며, 모집인원의 20% 범위
내에서 예비대상자를 선정할 수 있습니다.

< 아 래 >

항 목	기 준	배 점
계		100점(+가점 10점)
소속 사업장의 상시 근로자 수	2명 이상 5명 미만	50점
	5명 이상 8명 미만	40점
	8명 이상 10명 미만	30점
소속 사업장의 재직기간	6년 이상	50점
	3년 이상 6년 미만	40점
	1년 이상 3년 미만	30점
가점	장애인기업, 여성기업, 청년기업 인증기업	가점 10점 (인증개수 무관)

○ **제출서류 목록**

제출 구분	서류명	발급방법
필수	소속 사업장의 사업자등록증명 ※ 사업자등록증이 아닌 사업자등록증명	주민등록번호 뒷자리 비공개
	소속 사업장의 상시 근로자 수 확인 가능자료 (고용보험 사업장 총괄카드, 고용보험료 부과내역서, 원천징수이행상황신고서 등)	보험료 부과내역 및 원천징수 이행상황신고서는 2026년 1월~3월분 확인 가능자료
	신청인의 가족관계증명서(일반)	신청자 외 대상자 주민등록번호 뒷자리 비공개
	신청인의 납세증명서(국세완납증명)	
	신청인의 지방세 납세증명서	
	신청인의 재직증명서	재직기간 필수 표기 및 사업장 직인 날인
	신청인의 참여 신청서 및 개인정보 수집·이용· 제공동의서 서명(또는 날인)한 스캔본	별첨 서식
선택	소속 사업장의 여성기업·장애인기업 확인서, 청년기업 인증서	

* 참여 요건 충족 여부 판단을 위하여 필요 시 추가서류를 요청할 수 있습니다.

** 모든 서류는 공고일 이후로 발급되어야 합니다.

5 대상자 의무사항 및 유의사항

○ 대상자 의무사항

- 협약 의료기관에서 지정 기간 내 예약 후 건강검진을 받아야 합니다.
- 본 사업에 참여 신청한 경우, 건강검진 후 사업 만족도 조사 실시에 동의한 것으로 간주합니다.
- 건강검진에 따른 복무 관련 사항은 소속 사업장 자체 내규에 따라 처리하여야 합니다.

○ 유의사항

- 구비서류가 미비하거나 신청 내용이 사실과 다른 경우, 대상자로 선정되지 않을 수 있습니다.
- 검진비는 대상자에게 현금 또는 계좌이체 등의 직접 지급방식으로는 지원되지 않으며, 김포시에서 협약 의료기관으로 직접 지급합니다.
- 대상자로 선정된 후 연락이 되지 않거나, 지정 기간 내 검진받지 않는 경우 대상자 선정이 취소될 수 있습니다.
- 부정확한 방법으로 지원받은 것이 사후에 확인된 경우에도, 대상자 선정 취소 및 지원금 환수, 향후 사업 참여가 제한될 수 있습니다.
- 건강검진 결과는 협약 의료기관에서 수검자 본인에게 직접 통보하며, 김포시 및 사업장에는 통보하지 않습니다.
- 사업 운영 상황에 따라 일정 및 내용이 변경될 수 있습니다.

6 향후 일정 및 문의

○ 향후일정

- 2026. 5. 15.(금) : 대상자 선정 결과 개별 통보
- 2026. 5. 26.(화) ~ 11. 30.(월) : 종합건강검진 수검

○ 문 의 처 : 김포시 일자리정책과 일자리정책팀(☎ 031-980-2276)

「2026년 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업」 참여신청서				
성명			주민등록번호	-
주소				
연락처	010		이메일	@
소속사업장명			상시근로자수	명

※ 대상자로 선정된 후, 협약 의료기관 검진 프로그램 목록을 이메일로 보내드리니 이메일 주소를 정확하게 기재하시기 바랍니다.

1. 지원 자격 확인(해당 여부 체크)

- ☐ 신청인이 소속된 사업장은 사업자등록증명 기준 개업 후 2년 이상 운영 중입니다.
- ☐ 신청인이 소속된 사업장은 상시 근로자 수가 10인 미만임을 확인하며, 상시 근로자 수 확인을 위하여 필요 시 행정기관이 사업장에 관련 자료를 요청하는 것에 동의합니다.
- ☐ 신청인은 김포시에 소재한 사업장에서 1년 이상 재직하고 있습니다.
- ☐ 신청인은 사업장의 대표자 또는 대표자의 배우자, 부모, 자녀가 아닙니다.
- ☐ 신청인은 현재 국세 또는 지방세 체납 사실이 없습니다.
- ☐ 신청인은 허위 또는 부정한 방법으로 신청, 지원받은 사실이 확인되는 경우 지원금 환수 및 향후 사업 참여 제한 조치에 따르겠습니다.

2. 건강검진 관련 안내 확인(해당 여부 체크)

- ☐ 협약 의료기관에서 건강검진을 받아야 함을 확인하였습니다.
- ☐ 지원되는 검진비(20만 원) 외 추가 발생 비용은 본인이 부담함을 확인하였습니다.
- ☐ 대상자로 선정된 후 지정 기간 내 예약을 하지 않거나 검진을 받지 않는 경우, 지원 대상에서 제외될 수 있음을 확인하였습니다.

본인은 공고문의 내용을 충분히 숙지하고 「2026년 김포시 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업」의 참여를 신청하며, 신청 및 제출 자료의 내용이 사실임을 서약합니다.

2026년 4월 _____ 일

신청인: _____ (서명 또는 인)

김포시장 귀하

개인정보 수집·이용·제공 동의서

김포시는 2026년 김포시 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업의 참여 신청 접수, 신청자 자격 확인 및 사업 운영을 위하여 「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제23조 및 제24조의2에 따라 다음과 같이 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 내용을 충분히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

■ 개인정보 수집·이용 동의

수집항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
성명, 생년월일, 주소, 연락처, 이메일, 사업장명, 재직여부, 납세여부, 가족관계정보	사업 참여 신청 접수, 지원 신청자 자격 확인, 대상자 선정 및 사업 운영	사업 종료 후 5년 (보조금 사업 관리를 위한 보존)

※ 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우 본 사업 참여 신청 및 대상자 선정이 제한될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 동의하십니까? (동의여부 체크, 성명 기재, 서명 또는 날인)

☐ 동의함	_____ (서명 또는 인)	☐ 동의하지 않음	_____ (서명 또는 인)
------------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------

■ 고유식별정보 처리 동의

수집항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
주민등록번호	본인 확인 및 참여 자격 검증	사업 종료 후 5년 (보조금 사업 관리를 위한 보존)

※ 고유식별정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우 본인 확인 및 사업 참여 신청이 제한될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 고유식별정보를 처리하는 데 동의하십니까? (동의여부 체크, 성명 기재, 서명 또는 날인)

☐ 동의함	_____ (서명 또는 인)	☐ 동의하지 않음	_____ (서명 또는 인)
------------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------

■ 개인정보 제3자 제공 동의

제공받는 기관	제공 항목	제공 목적	보유 및 이용기간
협약 의료기관	성명, 연락처, 주민등록번호, 이메일	건강검진 예약 및 대상자 확인	사업 종료 후 5년
경기도일자리재단 및 통합접수시스템 운영사	성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 이메일, 사업장명, 재직여부, 납세여부, 가족관계정보	신청 접수 시스템 이용	사업 종료 후 5년

※ 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우 사업 참여 신청이 제한될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는 데 동의하십니까? (동의여부 체크, 성명 기재, 서명 또는 날인)

☐ 동의함	_____ (서명 또는 인)	☐ 동의하지 않음	_____ (서명 또는 인)
------------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------

본인은 위 내용을 충분히 이해하였으며, 「2026년 김포시 영세·소규모 사업장 노동자 건강검진비 지원사업」 참여를 위하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의합니다.

2026년 4월 _____ 일

신청인: _____ (서명 또는 인)

김포시장 귀하

<지원자격 관련>**1. 신청할 수 있는 사업장의 업종에 제한이 있나요?**

☞ 본 사업은 노동자가 속한 사업장의 업종과는 무관합니다. [공고문 3쪽 참고]

2. 김포시에 거주하지 않아도 신청할 수 있나요?

☞ 본 사업은 사업장 소재지가 김포시인 경우를 기준으로 하며, 노동자의 거주지는 제한하지 않습니다. [공고문 3쪽 참고]

3. 아르바이트생이나 단시간 근로자도 신청할 수 있나요?

☞ 고용형태 또는 고용시간에 관계없이 공고일 기준 해당 사업장에서 1년 이상 재직 중인 내국인 근로자라면 신청할 수 있습니다. [공고문 3쪽 참고]

4. 재직기간 1년의 기준은 언제인가요?

☞ 재직기간의 판단기준은 사업 공고일 기준입니다. [공고문 3쪽 참고]

5. 현재 휴직 중인데 신청할 수 있나요?

☞ 육아휴직, 병가, 무급휴직, 재해휴업 등 휴직자도 사업 공고일 기준 근로계약이 유지되는 상태라면 신청할 수 있습니다. [공고문 3쪽 참고]

<신청절차 관련>**1. 신청은 개인이 하나요? 사업장이 하나요?**

☞ 개인이 온라인에서 신청합니다. 본 사업은 신청은 신청자 개인이 하되, 사업장 요건을 함께 확인하는 방식으로 진행됩니다. [공고문 3쪽 참고]

2. 신청자가 많으면 어떻게 선정하나요?

☞ 대상자는 온라인 신청서 및 구비서류 제출이 모두 완료된 신청자 중, 선정기준에 따라 고득점자순으로 선정합니다. [공고문 4쪽 참고]

3. 신청 후 취소할 수 있나요?

☞ 신청기간 내에는 온라인 시스템에서 신청자가 직접 취소 가능하며, 신청기간이 종료된 후에는 김포시로 유선 연락하여 취소하시기 바랍니다.(김포시 일자리정책과 ☎031-980-2276)

<건강검진 및 지원방식 관련>**1. 지원금액을 초과하여 건강검진을 받는 경우, 추가 지원이 가능한가요?**

☞ 1인당 종합건강검진 비용 20만 원만 지원 가능합니다. 20만 원을 초과하여 추가 항목을 검진받는 경우 또는 추가 비용이 발생하는 경우(예. 대장내시경 알약 구입, 용종 제거 등)에는 대상자 본인이 부담하여야 합니다. [공고문 2쪽 참고]

2. 협약 의료기관이 아닌 곳에서도 건강검진을 받을 수 있나요?

☞ 김포시와 사전에 협약을 체결한 의료기관(3개소)에서만 검진을 받을 수 있습니다. 해당 사업은 대상자 선정 후 김포시에서 협약 의료기관에 명단을 통보하고 검진비를 해당 의료기관에 지급하는 방식으로 운영되므로, 협약 의료기관이 아닌 곳에서 받은 검진에 대해서는 지원이 불가합니다. [공고문 2쪽, 4쪽 참고]

3. 검진 후 환급받는 방식인가요?

☞ 본 사업은 대상자가 검진기관에 검진비를 먼저 납부한 뒤 환급받는 방식이 아닙니다. 검진비는 김포시에서 해당 의료기관으로 직접 지급하며, 대상자는 검진비를 검진기관에 납부하거나 김포시에 환급 신청을 할 필요가 없습니다. [공고문 2쪽, 4쪽 참고]

4. 검진 프로그램 선택사항을 변경할 수 있나요?

☞ 검진 항목 선택 및 예약 등 검진 관련 문의는 해당 의료기관으로 하시기 바랍니다.

<제출서류 관련>

1. 사업자등록증이 아닌 사업자등록증명만 제출해야 하나요?

☞ 사업자등록증명은 현재 시점에서의 사업자 등록상태(휴·폐업 여부 등)를 확인할 수 있는 공식 증명서이므로, 사업장의 정상 운영 여부를 확인하기 위해 제출받고 있습니다. 국세청 홈택스 또는 정부24에서 발급받을 수 있습니다. [공고문 3쪽, 4쪽 참고]

2. 가족관계증명서는 왜 제출해야 하나요?

☞ 본 사업은 사업장의 대표자, 대표자의 배우자 및 부모·자녀를 지원대상에서 제외하고 있습니다. 신청자가 대표자와 가족관계에 해당하는지 여부를 확인하기 위해 가족관계증명서를 제출받고 있으며, 신청자 외의 가족은 주민등록번호 뒷자리를 가리고 제출하시면 됩니다. 대법원 전자가족관계등록시스템 또는 인근 행정복지센터에서 발급받을 수 있습니다. [공고문 3쪽, 4쪽 참고]

3. 서류 발급일 제한이 있나요?

☞ 사업 공고일 이후 발급된 서류만 인정됩니다. [공고문 4쪽 참고]