

내 마켓플레이스 신청 체크리스트

HealthCare.gov 건강 보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace®)를 통해 보험 가입을 하거나 재가입하려면, 귀하와 가족 구성원에 대한 다음 정보를 제공해야 합니다.

<input type="checkbox"/>	가정의 규모에 관한 정보 신청을 시작하기 전, 가족 구성원 중 누구와 함께 신청할지 결정하십시오. HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size 에서 누구를 가족 구성원으로 포함시키는지 파악하는 데 도움을 받으세요.
<input type="checkbox"/>	보험을 신청하는 모든 구성원의 집 및/또는 우편 주소.
<input type="checkbox"/>	보험을 신청하는 모든 구성원의 사회 보장 번호(SSN)와 생년월일 등의 정보.
<input type="checkbox"/>	귀하의 신청서를 작성하는데 도움을 준 전문가에 관한 정보. 에이전트, 브로커 또는 도우미일 수 있습니다.
<input type="checkbox"/>	귀하의 2026년 세금 신고 계획에 관한 정보.
<input type="checkbox"/>	모든 가족 구성원의 고용주 및 소득 정보(예: 급여 명세서 또는 W-2s). HealthCare.gov/income-and-household-information/income 에서 포함되는 소득 유형과 포함되지 않는 소득 유형에 대해 자세히 알아보세요.
<input type="checkbox"/>	2026년 총 가계 소득에 대한 최선의 추정치. 소득을 추정하는 데 도움이 필요하면 HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report 를 방문하십시오.
<input type="checkbox"/>	가족 구성원을 대상으로 한 현재 건강 보험 플랜에 대한 보험 증서 번호.
<input type="checkbox"/>	귀하 또는 귀하의 가족 구성원이 자격 대상이 되는 모든 직장 기반 플랜 정보. 고용주 보험 도구(Employer Coverage Tool)를 사용해 해당 정보를 수집할 수 있습니다. (자격이 되지만 가입하지 않은 보장에 대해서도 이 워크시트를 작성하는 것이 좋습니다.) HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf 에서 도구를 다운로드하거나 인쇄하십시오.
<input type="checkbox"/>	귀하의 플랜 ID를 포함한 현재 플랜에 관한 통지문(귀하가 2025년 마켓플레이스 보험 보장에 가입해 있거나 가입한 적이 있었던 경우).
<input type="checkbox"/>	합법적 이민과 귀화 시민에 대한 서류 정보.

CMS Product No. 11686-K (Korean) • September 2025

귀하는 큰 활자체, 점자 혹은 오디오와 같은 접근 가능한 형식으로 정보를 받을 권리가 있습니다.
또한 차별을 받았다고 느끼는 경우 민원을 제기할 권리가 있습니다.

[CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice)를 방문하거나, 1-800-318-2596번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-889-4325번을 이용하실 수 있습니다.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health and Human Services.



HealthCare.gov