

## 냉동난자 사용 보조생식술 지원 시술비 청구서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간
		30일

청구금액	금 원		
지원결정통지서 발급일자	년 월 일		
신청자 (청구인)	성명		주민등록번호
	전화번호		
	예금주	은행명	계좌번호
	주소		
지연청구 사유 (3개월 이후 청구 사유)			

「모자보건법」 제11조제2항제4호에 따른 지원을 위해 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

신청인(청구인)

(서명 또는 인)

### 진안군 보건소장 귀하

첨부서류	1. 체외수정 시술확인서 사본 1매 2. 진료비 영수증 각 1부 3. (원외처방된 약제를 청구하려는 경우) 처방전 및 약국 영수증 사본 각 1매 4. 통장사본 1부
------	--

### 유의사항

- 허위 서류 제출 시 지원대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
- 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
- 시술비 지급 청구는 시술 완료 후 관련 서류(영수증, 통장사본 등)를 첨부하여 30일 이내에 지원결정통지한 보건소에 청구하여야 합니다.  
\* 농협중앙회와 지역농협을 구분하여 은행명을 작성합니다.
- 개인이 청구하는 시술비는 프로젝트론 주사제(난임주사제)의 시술기관 외에서의 원내처방 및 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시술자는 반드시 시술받은 당해연도에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 하여야 합니다.

일련 번호		20 - 호		냉동난자 사용 보조생식술 확인서				
시술 차수		( ) 차						
수진자 성명 (여성)		주민등록번호						
		연락처						
난임부부 시술비 지원사업		□비대상 □동시 신청 확인(해동 비용만 지원)						
시술기간 [해동 시작일] → [임신반응/ 임신낭 확인일, 시술중단일]		20 년 월 일 ~ 20 년 월 일						
임신반응 검사일		20 년 월 일, hCG 수치 :						
시술 결과 임신 여부		<input type="checkbox"/> 자궁내 임신 (초음파 임신낭 확인일 년 월 일) <input checked="" type="checkbox"/> 임신낭 개수 _____ 개 (자궁내임신시 필수) ※ 임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨						
		<input type="checkbox"/> 임신실패 <input type="checkbox"/> 자궁외 임신 <input type="checkbox"/> 화학적임신 <input type="checkbox"/> 치료도중 자연임신 <input type="checkbox"/> 기타 : _____						
시술 중단		<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> OHSS <input type="checkbox"/> 의학적판단(사유 : _____) <input type="checkbox"/> 의학적판단 외 개인사정 <input type="checkbox"/> 수정실패						
시술 비용 (단위 : 원)								
총 시술비 (A+C+D+E)	해동 (A)	수정 및 확인 (B)	배아 배양 및 관찰 (C)	배아이식 (초음파유도료 포함) (D)	시술 후 단계 (E)			보건소 청구비용
					검사비	유산 방지제	착상 보조제	
체의수정 시술기관 지정번호			의료 기관명			전화		
						FAX		
위와 같이 냉동난자 사용 보조생식술을 시행하였음을 확인합니다.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                         의사면허번호 : _____ 번                          담당의사 : _____ (서명 또는 날인)                     </div> <div>                         전문의자격번호 : _____ 과 _____ 번                          시술기관대표 : _____ (직인)                     </div> </div> <p style="text-align: center;">진안군 보건소장 귀하</p>								