

냉동난자 사용 보조생식술 지원 시술비 청구서

※ 색상이 어두운 난은 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)

관악구 보건소장 귀하

| | |
|------|--|
| 첨부서류 | 1. 제외수정 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 프로그스테론 주사제(난임주사제)의 시술기관 외에서의 원내처방 및 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인 지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시술자는 반드시 시술받은 당해연도에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 하여야 합니다.