



## 시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)
2. 난임부부 시술비 지원사업 동시 신청 및 지원결정 여부를 확인합니다(난임부부 시술비 지원사업 대상자인 경우 해동 비용에 대해서만 지원합니다).
3. 시술 기간은 냉동한 난자를 해동 시작일부터입니다(시술 기간의 시작일은 지원결정통지서 발급일과 같지 않아도 되나, 정부지원금은 통지서 발급일 이후 발생한 비용부터 지원 가능합니다).
4. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우(자궁외임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.
5. 임신반응검사 : 배아이식 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 혈중  $\beta$ -hCG 수치를 기입합니다.
6. 임신여부 : '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 화학적 임신, 즉 혈액 검사로는 임신반응이 양성이었으나 임신낭을 확인하지 못한 경우 '화학적 임신'란에 표시하시기 바랍니다. '자궁내 임신'인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다.
7. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.
8. 체외수정 시술 지정 난임시술 의료기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정 시술 지정번호를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.
9. 총 시술비용은 해동, 수정 및 확인, 배아 배양 및 관찰, 배아이식(초음파유도료 포함), 시술 후 단계 중 검사비, 주사제(유산방지제, 착상보조제)에 대하여 발생한 실제 비용을 기재합니다(난임부부 시술비 지원 대상자인 경우 해동 비용만 기재합니다).  
  
<주의> 시술 확인서 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.
10. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.