[서식 제8호] 임신 사전건강관리 지원 검사비 청구서

임신 사전건강관리 지원 검사비 청구서

청구인 정보 (□여성 / □남성)		[일련번호 :]
성명	연락처(핸드폰)	E-mail
주민등록번호(외국인등록번호)	계좌번호 (은행) * 본인 명의	
검사의뢰서 발급 보건소	검사의뢰서 발급일 년 월 일	
검사의료기관명 *사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원 불가	검사일 년 월 일	

검사항목	구비서류	검사비용 총액
□ 여성 가임력 검사 (난소기능(AMH), 부인과 초음파) □ 남성 가임력 검사 (정액검사(정자정밀형태검사))	□ 진료비 영수증 □ 세부내역서 □ 통장사본	원 *세부내역서 참고하여 검사료와 진찰료 합계를 작성 *총액이 지원금액(여성 13만원, 남성 5만원) 초과 시 지원금액 한도로 지원

참여자 대상 의견조회		*신규 사업의 개선 및 발전을 위해 성실한 응답을 부탁드립니다.
(1) 접근성	검사 기관까지 이동 시간(거주지, 직장 등 출발) (분)	거주지 주변 외 타 지역 이용 시, 이용원인(선택) □유명 병원이라서 □주변에 사업 참여 의료기관 부재 □직장, 지인 거주지 근처 의료기관 방문 □기타( )
(2) 검사	시설 만족도(청결, 편의 등) □매우 불만족 □다소 불만족 □보통 □다소 만족 □매우 만족	이용 만족도(사전, 사후 안내 등) □매우 불만족 □다소 불만족 □보통 □다소 만족 □매우 만족
	추가 실시한 검사: □없음 □성매개감염병검사 □풍진항체검사 □소변검사 □기타( )	
(3) 사업	지원횟수 적절성 □적절 □부적절(의견:)	지원금액 적절성(13만원, 5만원) □적절 □부적절(의견:)
	기타 의견:	

임신 사전건강관리 지원 검사비를 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

OOO 보건소장 귀하

첨부서류	① 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서 ② 외래 진료비 계산서·영수증 진료비 세부산정내역(세부내역서) 각 1부 ③ 본인 명의의 통장사본

※ 유의 사항 : 1) 허위 기재, 중복 지원, 급여 검사, 참여 의료기관 외 기관에서 검사 등의 경우 지급 제한 혹은 환수될 수 있습니다.
2) 사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원이 불가합니다.
※ 청구 기한 : 검사일로부터 1개월 이내 청구
※ 지급 기한 : 청구일로부터 3개월 이내 지급
* ①지급 불가 결정 또는 ②예산 부족 등으로 행정 처리 지연이 불가피한 경우 지급 기한 내 사유 고지