【첨부 2_보건소_2021년 개정】 ※ **부부치료시 1부만 작성**

# 한의약 난임치료 지원사업 참여 신청서

| 신청자 성명 | | 생년월일 | 주 소 | 전화번호 | 신장 | 몸무게 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 여성 | | (만 세) | | | cm | Kg |
| 남성 | | (만 세) | | | cm | Kg |
| **임신시도기간** | (피임기간 제외) ☐ **6개월** ☐ **1년** ☐ **2년** ☐ **3년 이상** | | | | | |
| **난 임 기 간** | ☐ **1년** ☐ **2년** ☐ **3년** ☐ **4년** ☐ **5년** ☐ **6년 이상** | | | | | |
| **난임 시술이력 (정부지원 포함)** | **인공수정**:__회, 마지막 시술일자:_____☐ 비임신 ☐ 임신 후 유산 ☐ 임신 후 출산 | | | | | |
| | **체외수정**:__회, 마지막시술일자:_____☐ 비임신 ☐ 임신 후 유산 ☐ 임신 후 출산 | | | | | |
| **신청부부사이의 기존 자녀수** | 명 | 기존자녀 임신시 난임시술 여부 | 첫째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정<br>둘째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정 | | | |

❖ **유의사항**

- 허위 기재시 신청자는 지원대상 제외, 진료 및 치료비 본인이 부담
- 개인사유로 1개월 이상 치료 중단시 그 시점 기준으로 치료종료 됨
- 한의약 난임치료 중 난임 시술 병행시 지원불가(또는 환수처리)
- 한의약 난임치료 중 임신성공시 치료완료 분류 및 치료종료
- 서울시 지원 한의약 난임치료에 성실히 참여하고 보건소, 한의원에 성실히 응답하고 참여해야 할 의무가 있음

✓ **기타참여사항**: 치료 전·후 검사, 한의약 난임치료 결과(임신, 임신지속, 분만 여부 등) 확인, 만족도 조사

※ **참여 신청자 준비서류**

1. 원인불명의 난임을 확인할수 있는 진단서(시술기관, 산부인과)
   ※ 진단서 유효기간 신청일 기준 2년 이내, 난임시술병원 진단서 제출시 남성 진단서 생략 가능
2. 주민등록 등본, 가족관계증명서(부부가 주민등록지가 다를 경우) 1부
   사실혼인 경우: 동의서, 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명가능한 공문서 또는 사실혼 확인보증서 1부
   ※ 「전자정부법」에 의거 행정정보의 공통이용 확인에 동의할 경우 주민등록등본 제출 생략
3. 사전 검사결과지
   (공통) 일반혈액(CBC), FBS, 신기능(BUN/Cr), 간기능(LFT), B형 간염검사
   (남)정액검사 (여)풍진면역, AMH ※ 검사결과지 유효기간: 신청일 기준 6개월 이내(단, 풍진면역 검사는 유효기간 없음)
4. 사전 선별 자가점검결과 ※ 서울시 임신출산정보센터(https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom) 작성 출력

**위 기재사항 및 제출서류 중 허위 사항이 있을 경우 지원 대상에서 제외 및 의료비 지급시 환수 조치에 동의하며, 사업 본인부담금(10%)이 있음을 이해하고 동의하며, 서울시 한의약 난임치료 지원사업을 신청합니다.**

20 년 월 신청인 : (서명)

신청인 : (서명)

**구 보건소장 귀하**