

서식 2

난임부부 시술비 지원결정통지서(보건서 발급)

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제4호]

일련번호 20 - 호

난임부부 시술비 지원결정통지서

발급일자

20 . . . (요일)

주 소				연락처	(주택)	
					(휴대폰)	
성 명	부인		생년월일	년 월 일	혼인 관계	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼
	남편		생년월일	년 월 일		
시술종류 및 지원한도액	신선(<input type="checkbox"/> 110만원 <input type="checkbox"/> 90만원 <input type="checkbox"/> 기타()) 동결(<input type="checkbox"/> 50만원 <input type="checkbox"/> 40만원 <input type="checkbox"/> 기타()) 인공(<input type="checkbox"/> 30만원 <input type="checkbox"/> 20만원 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 (사실혼 부부로서 건강보험 급여 적용안)				지원회차	()차
유효기간	20 년 월 일 ~ 월 일까지(유효기간 시작일로부터 3개월) * 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청을 통해 지원결정통지서 재발급 필요)					
위와 같이 시술을 의뢰합니다. 사·군·구 보건소장 직인						
〈준수사항〉 ※ 지원 대상자 ① 지원대상자는 원칙적으로 난임시술 의료기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하여야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다. ② 시술비는 1회 시술비 지원 한도액 범위내에서 본인부담금(일부·전부)의 90%, 비급여(착상유도제, 유산방지제 각 20만원 및 배아동결비 30만원 한도)에 대하여 지원이 됩니다. ③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 발급일로부터 3개월 이내에 시술을 시작(이하 유효기간)하여야 합니다. 유효기간이 경과한 경우, 반드시 새로운 결정통지서를 발급받아 시술기관에 재제출하여야 시술비가 지원이 됩니다. ④ 지원결정통지서의 시술종류와 다른 방법으로 시술받고자 하는 경우(예: 신선→인공), 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 지원결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다.(시술비 신청 시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부) ⑤ 시술 의료기관이 아닌 인근 의료기관에서 프로그레스톤 주사제를 투약하려는 경우, 거주지 관할 보건소에 문의하여, 투약 가능한 의료기관의 안내 및 투약절차 등을 안내받을 수 있습니다. ※ 지정 의료기관 ① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다. ② 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했다라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다. ③ 부작용 등 경증 및 중등증 이상의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다. ④ 시술기관은 난임치료시술을 제공함에 있어 동사업 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서의 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외될 수 있습니다. ⑤ 시술기관 통계 관리를 위해 시술이력을 건강보험심사평가원에 제공하는 등 모니터링에 적극 협조하여야 합니다. ⑥ 사실상 혼인관계인 당사자의 시술을 수행한 후, 반드시 ‘요양기관 정보마당’에 사실혼 표기 입력 후 비용을 청구하여야 합니다. ※ 유효기간란은 기재후 테이핑하여 주시기 바랍니다.						