

## 난임부부 시술비 지원 신청서

신청인 (난임 부부 중 여성)	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호	
	주소		
	전화번호	E-mail	
배우자	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호	
	주소		
	전화번호	E-mail	
시술 종류 및 차수	시술 종류 [ ] 신선배아 [ ] 동결배아 [ ] 인공수정		시술 회차 (            ) 회차
인적사항 확인	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [ ] 건강보험 직장가입자 [ ] 건강보험 지역가입자 [ ] 의료급여 수급자		
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [ ] 건강보험 직장가입자 [    ] 건강보험 지역가입자 [ ] 의료급여 수급자		
가구 소득확인	가구원 수                    (            ) 명	건강보험료 고지금액            (            ) 원 * 합산금액	
당연수급자격 확인	[ ] 기초생활수급자(생계/의료/주거/교육) [ ] 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인)		

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

신청인(대리인) 년            월            일  
(서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)</li> <li>2. 부부별 건강보험증 사본 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)</li> <li>3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부 (기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부)</li> <li>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부</li> <li>5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맞벌이 사실 증명 서류 필요시)</li> <li>6. 개인정보 제공동의서 1부</li> <li>7. 당사자 시술동의서 1부</li> <li>8. 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)</li> <li>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우) * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인증서를 제출</li> <li>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증명하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음</li> </ol>	수수료 없음
------	---	-----------

- ※ 유의사항 : 1) 허위 기재 시 지원대상이 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.  
 2) 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.  
 3) 첨부서류 2~4의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.  
 4) 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

## 난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
  - 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
  - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
  - 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
  - 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용(시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 혼인관계, 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
  - 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- 개인정보보유 및 이용기간
  - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
  - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
  - 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
  - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
  - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
  - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 "시술비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.  
년    월    일

동의자 성명	관 계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모  
 ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.