

[서식 제1호] 영구 불임 예상 난자·정자 냉동 지원 신청서

영구 불임 예상 난자·정자 냉동 지원 신청서

신청인 정보 (<input type="checkbox"/> 여성 / <input type="checkbox"/> 남성)			
성명		주민등록번호	
주소			
연락처(핸드폰)		이메일	
동결·보존 정보			
의학적 사유 *「모자보건법」 시행령 제14조	<input type="checkbox"/> 유착성자궁부속기절제술	<input type="checkbox"/> 부속기종양적출술	<input type="checkbox"/> 난소부분절제술
	<input type="checkbox"/> 고환적출술	<input type="checkbox"/> 고환악성종양적출술	<input type="checkbox"/> 부고환적출술
	<input type="checkbox"/> 항암치료 (<input type="checkbox"/> 항암제 투여, <input type="checkbox"/> 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, <input type="checkbox"/> 면역 억제 치료)		
	<input type="checkbox"/> 염색체 이상 (<input type="checkbox"/> 터너증후군 <input type="checkbox"/> 클라인펠터증후군 <input type="checkbox"/> 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)		
절차 시작일(검사, 과배란 유도 등)		생식세포 채취일	
년 월 일		년 월 일	
청구 정보			
동결·보존비 본인부담 총액(A)		지원 청구 금액(A÷2)	
금 원		금 원	
예금주	* 신청인 본인 명의 은행명	계좌번호	
지연 청구 시 사유(6개월 경과)			

「모자보건법」 제11조의7에 따른 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

신청인(대리인)

신청인과의 관계

년 월 일

(서명 또는 인)

(대리인이 신청하는 경우)

시·군·구 보건소장 귀하

첨부서류	① 개인정보 수집·이용 및 행정정보 공동이용 동의서[서식 제2호] ② 주민등록표 등·초본 ③ 본인의 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 * ②, ③ 행정정보 공동이용[서식 제2호] 동의 시, 제출 생략 ④ 신청인 본인 명의의 통장사본 ⑤ 「모자보건법」 시행령 제14조(생식세포 동결·보존 등을 위한 지원 요건)에 따른 의학적 사유 해당 여부에 관한 의사의 진단서 ⑥ 영구 불임 예상 난자·정자 동결·보존 확인서[서식 3호] ⑦ 외래 진료비 계산서·영수증 ⑧ 진료비 세부산정내역(세부내역서)
------	---

유의사항

※ 유의 사항 : 허위 기재 시 지원 대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.

※ 청구 기한 : 생식세포(난자·정자) 채취일로부터 6개월 이내 신청(청구)

※ 지급 기한 : 청구일로부터 1개월 이내 지급

* ①지급 불가 결정 또는 ②예산 부족 등으로 행정 처리 지연이 불가피한 경우 지급 기한 내 사유 고지

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

제Ⅳ장

난임부부 지원사업

[서식 제2호] 개인정보 수집·이용 및 행정정보 공동이용 동의서

개인정보 수집·이용 동의서	
<p>보건복지부, 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장, 한국사회보장정보원, 건강보험심사평가원은 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거하여 개인정보를 수집·활용하고 있습니다.</p>	
<p>■ 개인정보 활용 안내</p> <p>○ 항목 : 성명, 성별, 주소, 주민등록번호, 연락처, 이메일, 계좌번호, 가족관계 증명서, 건강보험가입현황, 동결·보존 정보(동결·보존 생식세포 확인서, 의학적 사유에 해당하는 의사의 진단서), 청구 정보</p> <p>○ 고유식별정보: 주민등록번호, 민감정보: 동결·보존 정보</p> <p>○ 수집·이용 목적</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대상자 신청, 선정, 확인, 관리 - 지역보건의료정보시스템을 통한 현황 조사 - 사업 통계자료 수집·분석·결과 추출 및 정책 기초연구 자료 활용 - 타 지원사업과 연계될 경우 활용 	
<p>■ 개인정보 3자 제공 안내</p> <p>○ 한국사회보장정보원, 건강보험심사평가원은 사업 운영 지원, 통계 분석·추출, 조사·연구를 위하여 위 개인정보를 제공</p>	
<p>■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내</p> <p>○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.</p>	
<p>■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의</p> <p>○ 개인정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음</p> <p>○ 제3자 제공에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음</p> <p>○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음</p>	
<p>■ 동의를 거부할 권리 및 거부 시 불이익 안내</p> <p>○ 위 내용은 영구 불임 예상 남자·정자 냉동지원을 위해 필요한 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의 거부 시, 영구 불임 예상 남자·정자 냉동지원이 제한됩니다.</p>	
행정정보 공동이용 동의서	
<p>○ 이용기관인 시군구(보건소)가 위 개인정보 수집·이용 목적을 달성할 수 있도록 업무처리담당자가 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 주민등록표 등·초본, 건강보험자격확인서를 확인하는 것에 동의하십니까?</p> <p>* 동의하지 아니한 경우에 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.</p> <p>[] 동의함 [] 동의하지 않음</p> <p>20 년 월 일</p> <p>신청인(대리인) : (서명 또는 인)</p> <p>신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)</p> <p>보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하</p>	

[서식 제3호] <신설 2025. 4. 28.>

(앞면)

일련 번호		영구 불임 예상 난자·정자 동결·보존 확인서			
대상자 성명 (□여성 / □남성)	주인등록번호				
		연락처			
의학적 사유	<input type="checkbox"/> 유착성자궁부속기절제술 <input type="checkbox"/> 부속기종양적출술 <input type="checkbox"/> 난소부분절제술 <input type="checkbox"/> 고환적출술 <input type="checkbox"/> 고환악성종양적출술 <input type="checkbox"/> 부고환적출술 <input type="checkbox"/> 항암치료 (□ 항암제 투여, □ 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, □ 면역 억제 치료) <input type="checkbox"/> 염색체 이상 (□ 터너증후군 □ 클라인펠터증후군 □ 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)				
생식세포(난자·정자) 동결일 / 보관기간	동결일/보관시작일 20 년 월 일		보관종료일 20 년 월 일		
생식세포 채취 여부 및 보관	□ 난자 정보		□ 정자 정보		
	난자 채취일		정자 채취일		
	채취된 난자 수(단위)	(개)	채취된 정자(단위)	(vials/straw)	
	폐기된 난자 수(단위)	(개)	폐기된 정자(단위)	(vials/straw)	
	보존된 난자 수(단위)	(개)	보존된 정자(단위)	(vials/straw)	
	보존 요청 기간	년	보존 요청 기간	년	
동결·보존 중단 시 사유					
비용 (단위 : 원)					
총 비용 (A+B+C+D)	일부 본인 부담금 (A)	보험자(공단) 부담금 (B)	전액 본인부담금 (C)	비급여 (D)	
				동결비	보관비
					기타
체외수정 시술기관 지정번호		의료 기관명		전화	
				FAX	
<p>위와 같이 영구 불임 예상 생식세포(난자·정자) 동결·보존을 시행하였음을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p> 의사면허번호 : 번 전문일자격번호 : 과 번 담당의사 : (서명 또는 날인) 시술기관대표 : (직인) </p> <p style="text-align: center;">시·군·구 보건소장 귀하</p>					

제Ⅳ장

난임부부 지원사업

동결·보존 확인서 작성 시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을 시 접수가 불가합니다)
 2. 의학적 사유 해당 여부를 확인해 주시기 바랍니다. (「모자보건법」 시행령 제14조 각호 사유에 해당하는 경우만 지원 가능합니다)
 3. 생식세포 채취일이 2025년 1월 1일 이후인 시술 건에 대하여 지원 가능합니다. (채취일 기준 6개월 내 청구하여야 합니다.)
 4. 체외수정 시술 난임시술 의료기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정 시술 지정번호를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.
 5. 총 시술비용은 검사, 과배란 유도(여성), 채취, 동결, 보존에 대하여 발생한 실제 비용을 기재합니다.
- 〈주의〉 동결·보존 확인서 기재 시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.