|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 임신ㆍ출산 진료비 지급 등에 관한 기준 [별지 제1호서식] | | | | | | | |
| **건강보험 임신‧출산 진료비 지급 신청서** | | | | | | | |
| ※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하시기 바라며, ②,③란은 신청인이 적지 않습니다. | | | | | | (앞쪽) | |
| **①**  **신청인** | [ ]임산부 | 성명 | | 주민등록번호 또는 외국인등록번호 | | | **카드 구분**  카드(사)명 :  [ 카드]  ( 은행) |
| 전화번호(휴대전화) | | 전자우편주소 | | |
| [ ]법정대리인 | 성명 | | 주민등록번호 또는 외국인등록번호 | | |
| 전화번호(휴대전화) | | 전자우편주소 | | |
| 임산부의 성명 | | 임산부의 주민등록번호 | | |
| **②**  **요양기관 확인** | **<임신·출산>**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **구분** | | **날 짜** | **다태아 구분** | | **임신** | **임신 확인일** | 년 월 일  ※ 초음파로 자궁 내 임신낭이 관찰된 이후부터 기재 가능 | [ ] 일태아  [ ] 다태아 | | **분만 예정일** | 년 월 일 | | **출산**  (출생) | **출산일**  (출생일) | 년 월 일 | | **<유산>** | |  |  | | **구분** | | **날 짜** | **다태아 구분** | | **유산 또는**  **자궁 외 임신 진단일** | | 년 월 일 | [ ] 일태아  [ ] 다태아 | | ※ ㉮ 또는 ㉯ 중 하나를 충족하는 경우 기재 가능  ㉮ 정상적으로 임신이 진행되지 않은 경우 중 혈청 β- hCG가 500mIU/mL 이상으로 측정된 적이 있는 경우  ㉯ 초음파 또는 혈청 β- hCG로 임신이 확인된 후 임신 종결을 위한 수술(개복수술,복강경수술, 소파수술 등) 또는 약물치료(Methotrexate 등)를 한 경우 | | ※ 인공임신중절수술은 신청 대상 아님 | | 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함  년 월 일  요양기관명(기 호): ( ) (직인)  담당의사(면허번호/전문의자격번호): ( ) (서명 또는 인) | | | | | | | | | | |
| **③**  **공단 확인** | 주민등록지 | | [ ] 임신ㆍ출산 진료비 추가금 지급 대상 지역 [ ] 그 밖의 지역 | | | | |
| 주민등록기간 | | 년 월 일부터 신청일까지 ( 일) | | | | |
|  | | | | | | | |
| 문자 메시지 및 전자우편 수신 동의 | | | | | | | |
| 건강보험 임신‧출산 진료비 제도, 영유아 건강검진 제도, 모자보건사업(고위험 임산부 의료비 지원 등), 고용노동부의 모성보호 제도(임신기 근로시간단축 등) 및 여성가족부의 가족 서비스 정보(자녀 양육·돌봄, 가족·부모 교육 및 상담 등)에 대하여 국민건강보험공단이 발송하는 문자 메시지 및 전자우편 수신에 동의합니다. ( [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음) | | | | | | | |
| 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 신청 동의 | | | | | | | |
| 1. 본인은 보건복지부「모자보건사업 안내」지침에 따라 만 19세 이하 청소년 산모에게 지원하는 “청소년 산모 임신·출산 의료비 지원사업”을 신청하며, 이를 위해 상기 신청정보를 한국사회보장정보원에 제공하는 것에 동의합니다.  ( [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음)  2. 본인은“청소년 산모 임신·출산 의료비 지원사업” 신청을 위해 국민건강보험공단이 보유하고 있는 주민등록상 주소지 정보를 한국사회보장정보원에 제공하는 것에 동의합니다. ( [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음) | | | | | | | |
| 「국민건강보험법 시행령」 제23조제4항에 따라 임신ㆍ출산 진료비의 지급을 신청합니다. | | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | | |
| 신청인(대리인) : | | | | | (서명 또는 인) | | |
| 신청인과의 관계 ( ) | | | | | 전화번호 ( ) | | |
| **국민건강보험공단 이사장** 귀하 | | | | | | | |
| 210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (뒤쪽) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 첨부서류 | | 주민등록표 등본 또는 가족관계증명서  - 임산부를 대신하여 그 가족이 신청하는 경우 임산부와의 관계를 확인할 수 있어야 함  - 법정대리인이 신청하는 경우 2세 미만 영유아와 법정대리인과의 관계, 임산부와 2세 미만 영유아와의 관계를 확인할 수 있어야 함 | | | | | | | | | | | | | | | 수수료  없음 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 유의사항 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 임산부를 대신하여 신청할 수 있는 사람은 다음에 한정됩니다.  1. 배우자 2. 직계혈족 3. 형제자매 4. 직계혈족의 배우자 5. 배우자의 직계혈족 6. 배우자의 형제자매 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 작성방법 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 신청인란은 다음과 같이 기재합니다.  - 임산부 여부에 따라 해당란에 체크한 후 기재합니다.  - 성명을 한글로 기재하고, 그 주민등록번호를 기재합니다.  ※ 외국인은 외국인등록번호, 외국국적동포는 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호를 기재합니다.  - 연락처는 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재하되, 휴대전화가 있는 때에는 그 번호를 우선적으로 기재하고, 신청서 하단의 문자메시지 수신에 동의한 경우 휴대전화 번호를 반드시 기재합니다.  - 전자우편주소 기재 여부는 선택사항입니다.  ② 2세 미만 영유아의 법정대리인이 신청하는 경우 법정대리인의 이름 등을 “① 신청인”란에 기재하며, 2세 미만 영유아의 출생일은 ② 요양기관 확인란의 “출산일”란에 기재합니다. (임산부가 임신‧출산 진료비를 신청하지 않고 사망한 경우에 한함) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 처리절차 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | 신청서 제출 | |  | | | | 접수 및 확인 |  | | 이용권 발급  정보 통보 |  | | 이용권 발급 |  | | 수령 및 사용 | |  |
|  | 신청인 | | |  |  | 국민건강보험공단 | | |  | 한국사회보장정보원 |  | | 이용권 발급기관 |  |  | 신청인 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |