

[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)		주민등록번호				
		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	<input type="checkbox"/> 난자 정보			<input type="checkbox"/> 정자 정보		
	난자 채취일			정자 채취일		
	채취된 난자 수(단위)		(개)	채취된 정자(단위)		
	폐기된 난자 수(단위)		(개)	폐기된 정자(단위)		
	보존된 난자 수(단위)		(개)	보존된 정자(단위)		
	보존 요청 기간		년	보존 요청 기간		
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 전문의자격번호 : 과 번 담당의사 : (서명 또는 날인) 시술기관대표 : (직인) </p> <p style="text-align: center;">시·군·구 보건소장 귀하</p>						

제Ⅳ장

난임부부 지원사업