■ 임신·출산 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 ※ ㉮ 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	[ ] 일태아 [ ] 다태아

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

년 월 일

요양기관명(기 호): ( ) (직인)

담당의사(면허번호): ( ) (서명 또는 인)

③ 공단 확인	주민등록지	[ ] 임신·출산 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 모성보호제도(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 임신·출산 진료비의 지급을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 ( ) 전화번호 ( )

국민건강보험공단 이사장 귀하

210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))