

■ 경기도 난임시술 중단 의료비 지원사업 [서식 제2호]

경기도 난임시술 중단 의료비 지원 청구서(의료기관용)

청구금액	금 원				
청구내역 (건수)	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중 외 _____명의 체외수정/인공수정 시술비(명단별첨)				
기 관 명				대 표 자	
기관주소					
전화번호				의료기관 등록번호	
은 행 명		계좌번호			예금주
지연청구 사유 (1개월 이후 청구 사유)					
위와 같이 청구합니다. 20 년 월 일 청구인 (직인) 시·군 보건소장 귀하					
※ 첨부서류 : 1. 피시술자 명단 ()부 2. 경기도 난임시술 중단 의료비 지원용 시술확인서()매 3. 통장사본 1부 4. 진료 영수증 5. 일부분인부담금, 비급여 및 전액본인부담액 진료비 내역서 6. 진료상세내역서					
※ 시술비 지급청구는 시술 완료후 관련서류(시술확인서 및 영수증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 시술대상자 관할 보건소로 청구하여야 합니다. ※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.					