

경기도 난임시술 중단 의료비 지원 청구서(신청인용)

청구금액	금 원					
지원결정 통지서 발급일자	년 월 일					
신청자	성 명		주민등록번호		연령	만 세
주소						
전화번호				E-mail		
은 행 명		계좌번호			예금주	
지연청구 사유 (1개월 이후 청구 사유)						
위와 같이 청구합니다. 20 년 월 일 청구인 (서명 또는 날인) 시·군 보건소장 귀하						
※ 첨부서류 : 1.경기도 난임시술 중단 의료비 지원용 시술확인서 사본 1매 2. (시술 외 의료기관에서 난임주사 시술을 받아 주사제를 청구하려는 경우) 진료비 영 수증 각 1부 3. (원외처방된 약제를 청구하려는 경우) 처방전 및 약국 영수증 사본 각 1매 4. 통장사본 1부. ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(진료비영수증, 원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다. ※ 개인이 청구하는 시술비는 프로게스테론 주사제(난임주사제)의 시술의료기관 외에서의 원내처방 및 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다. ※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.						