[서식 제1호] 영구 불임 예상 난자·정자 냉동 지원 신청서

영구 불임 예상 난자·정자 냉동 지원 신청서

신청인 정보 (□여성 / □남성)			
성명		주민등록번호	-
주소			
연락처(핸드폰)		이메일	

동결·보존 정보	
의학적 사유 *「모자보건법」 시행령 제14조	□ 유착성자궁부속기절제술 □ 부속기종양적출술 □ 난소부분절제술 □ 고환적출술 □ 고환악성종양적출술 □ 부고환적출술 □ 항암치료 (□ 항암제 투여, □ 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, □ 면역 억제 치료) □ 염색체 이상 (□ 터너증후군 □ 클라인펠터증후군 □ 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)
절차 시작일(검사, 과배란 유도 등) 년 월 일	생식세포 채취일 년 월 일

청구 정보			
동결·보존비 본인부담 총액(A) 금 원		지원 청구 금액(A÷2) 금 원	
예금주 * 신청인 본인 명의	은행명	계좌번호	
지연 청구 시 사유(6개월 경과)			

「모자보건법」 제11조의7에 따른 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인) (서명 또는 인)

신청인과의 관계 (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/㎡)]

[서식 제2호] 개인정보 수집·이용 및 행정정보 공동이용 동의서

개인정보 수집·이용 동의서

보건복지부, 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장, 한국사회보장정보원, 건강보험심사평가원은「개인정보보호법」제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거하여 개인정보를 수집·활용하고 있습니다.

■ 개인정보 활용 안내

○ 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
○ 고유식별정보: 주민등록번호, 민감정보: 동결·보존 정보
○ 수집·이용 목적
- 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

■ 개인정보 3자 제공 안내

○ 한국사회보장정보원, 건강보험심사평가원은 사업 운영 지원, 통계 분석·추출, 조사·연구를 위하여 위 개인정보를 제공

■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.

■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

○ 개인정보 처리에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음
○ 제3자 제공에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음
○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까?	[ ] 동의함	[ ] 동의하지 않음

■ 동의를 거부할 권리 및 거부 시 불이익 안내

○ 위 내용은 영구 불임 예상 난자·정자 냉동지원을 위해 필요한 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의 거부 시, 영구 불임 예상 난자·정자 냉동지원이 제한됩니다.

행정정보 공동이용 동의서

○ 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 동의합니까?

* 동의하지 아니한 경우에 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하