

강릉시 난임 시술 횟수 추가 지원 신청서

2026. 9. 1. 이후 시술 시작한 시술만 신청 가능

신청인 (난임 부부 중 여성)	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail
배우자(남편)	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail
시술종류 및 차수	시술종류 [] 신선배아 [] 동결배아 [] 인공수정	시술 회차
인적사항 확인	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자	
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자	

「모자보건법」제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신청인

시·군·구 보건소장 귀하

지원대상	아래 기준을 모두 충족해야함 1. 난임시술 건강보험 횟수를 모두 소진한 자(총 25회) 2. 신청일 기준 6개월 이상 강릉시 거주 중(부부 모두) 3. 지속적인 난임 시술을 받을 수 있는 건강 상태를 증명한 자(담당의사 소견서 필수 제출)
첨부서류	1. 지원 신청서 1부 2. 건강보험 적용 횟수 종료 확인 서류 1부 - 체외수정 시술 횟수를 소진하고 인공수정 횟수가 남은 경우, 인공수정으로 임신이 어렵다는 소견(담당의사 소견서상) 제출 필요 3. 시술이 가능한 건강상태임을 입증한 담당의사 소견서(시술신청 회차마다 제출) 1부 4. 주민등록 초본(부부 모두, 주소 이력 포함) 및 가족관계등록부 사실혼 당사자별 각 1부 - 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 5. 부부별 건강보험자격확인서 1부 6. 부부별 건강보험료 납부확인서(신청일 전월기준) 1부. 7. 1년이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서 등 제출

※ 유의사항

- 1) 지원 신청하여 지원결정통지서를 수령 후 시술을 진행한 건에 대해서 지원이 가능합니다.
- 2) 지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
- 3) 강릉시에서는 시술 관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.
- 4) 예산 부족 등 불가피한 경우 입금조치 기간이 지연될 수 있습니다
- 5) 2026년 9월 1일 이후 진행된 시술에 한하여 지원이 가능합니다.

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - ☐ 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
 - ☐ 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - ☐ 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
 - ☐ 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용 (시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 혼인관계, 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
 - ☐ 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
 - ☐ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
 - ☐ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - ☐ 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
 - ☐ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
 - ☐ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - ☐ 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - ☐ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
 - ☐ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
본인은 “시술비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.				
20 년 월 일				
동의자 성명		관 계	동의확인(서명)	
			(인)	
			(인)	
			(인)	
			(인)	

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모
 ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.