

□ 체외수정/ □ 인공수정 시술비 청구서(신청인용)

청구금액	금 원					
지원결정 통지서 발급일자	년 월 일					
신청자	성 명		주민등록번호		연령	만 세
주소						
전화번호				E-mail		
은행명		계좌번호			예금주	
지연청구 사유 (1개월 이후 청구 사유)						
위와 같이 청구합니다. 20 년 월 일 청구인 (서명 또는 날인) 강릉시 보건소장 귀하						
※ 첨부서류 ① 시술비 청구서 1부. ② 시술확인서 원본 1부. ③ 지원결정통지서 1부(사본가능, 지원 신청 시 발급받은 지원결정통지서) ④ 진료비 계산서 영수증 원본 1부. ⑤ 진료비 세부내역서 원본 1부. ⑥ 본인 명의의 통장사본 1부. ※ 시술 완료 후 관련 서류를 첨부하여, 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다. ※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야합니다. ※ 지원결정통지서 발급 후 시술한 시술비용 청구건에 한하여 지급하며 약제비 청구는 불가합니다. ※ 예산부족 등 불가피한 경우 입금조치 기간이 지연될 수 있습니다.						