

[서식1호] 고위험 임산부 의료비 지원 신청서

고위험 임산부 의료비지원 신청서						
지원 대상자	성 명			주민등록번호	-	
	연락처	(주소) (핸드폰)		(자택전화) (전자메일)		
	상병명	<input type="checkbox"/> 조기진통		최초진단일	년	월 일
		<input type="checkbox"/> 분만관련출혈		분만예정일	년	월 일
	<input type="checkbox"/> 중증 임신중독증					
	상병코드			분만일	년	월 일
지급계좌번호			은행명/예금주			
의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험가입자(<input type="checkbox"/> 직장/ <input type="checkbox"/> 지역/ <input type="checkbox"/> 혼합(직장 + 지역) <input type="checkbox"/> 의료급여수급자(<input type="checkbox"/> 1종/ <input type="checkbox"/> 2종/ <input type="checkbox"/> 특례 종/ <input type="checkbox"/> 차상위 본인부담금 경감대상자)					
신청인	성명			관계		
	연락처	(자택전화)		(핸드폰)		
국가지원 수혜현황	난임부부 지원사업	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (시술기관명 :)				
후원여부	인구보건복지 협회	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)				
	공단환급금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(진료기간 : , 금액 : 원)				
	개인·단체 후원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)				
입원진료비 지원신청내역	지원신청대상 의료비 (C+D+E)	급여진료비			비급여진료비	
		A	B	C	D	E
		본인부담금	공단부담금	전액본인부담	선택진료료	선택진료료 이외
	원	원	원	원	원	원
※ 입원치료 세부진료내역은 입원단위별로 구분하여 입원기간 및 주요치료내역을 뒷면에 작성 요망						
유의사항	- 허위내용 기재시, 지원대상에서 제외하고 지급된 의료비를 환수 조치 - 의료비 지원 후 공단환급금 및 후원금, 타법률에 의한 의료비 등을 지원받는 경우, 반드시 관할 보건소에 지원금을 고지하고 기 지원된 의료비에서 환수하여야 함					
	유의사항 확인여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		환수 등 사후조치에 대한 사전동의	(서명)	
아래의 관련서류를 첨부하여 위와 같이 고위험 임산부 의료비 지원을 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">강남구 보건소장 귀하</div>						
첨부서류 : 1. 의사진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함) 2. 입퇴원진료확인서 및 진료비 영수증 각 1부(입원횟수별로 별도 제출) 3. 입급계좌 통장사본 1부(지원대상자 명의) 4. 출생보고서 또는 출생증명서(단, 사산의 경우는 사산증명서) 5. 주민등록등본 1부(전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 생략 가능) 6. 건강보험증 사본 및 건강보험료 본인부담금 납부고지서(단, 맞벌이부부일 경우, 부부 모두 첨부) 7. 설문조사서 1부. 8. 개인정보 활용 동의서 1부. 9. 지원대상자 신청인 신분증 사본 1부(대리신청시 대리인 신분증 사본 1부 추가)						

(뒷면 계속)

※ 유의사항 : 굵은선 부분은 진료담당의사가 작성

(뒷면)
 ※ 임원치료 세부신청내역

순번	요양 기관명	진료일자 (입원일 ~ 퇴원일)	주요 진료내역(1)	영수증 발행내역						신청금액 (C+D+E)	
				급여진료비			비급여진료비				
				본인부담금 (A)	공단부담금 (B)	전액본인부담금 (C)	선택진료료 (D)	선택진료료 이외(E)			
1		입원일: 년 월 일 퇴원일: 년 월 일 (입원일수: 일간)	① 조기진통(자궁수축억제제 약물투여 임원치료) - 약물명: , 투여일수: 일 ② 분만출혈 <input type="checkbox"/> 자궁색전술 <input type="checkbox"/> 자궁적출술 <input type="checkbox"/> 5팩 이상 수술 ③ 중증임신중독증 <input type="checkbox"/> 황산마그네슘 <input type="checkbox"/> 항고혈압제(약물명:) ④ 기타:	원	원	원	원	원	원		
2		입원일: 년 월 일 퇴원일: 년 월 일 (입원일수: 일간)	① 조기진통(자궁수축억제제 약물투여 임원치료) - 약물명: , 투여일수: 일 ② 분만출혈 <input type="checkbox"/> 자궁색전술 <input type="checkbox"/> 자궁적출술 <input type="checkbox"/> 5팩 이상 수술 ③ 중증임신중독증 <input type="checkbox"/> 황산마그네슘 <input type="checkbox"/> 항고혈압제(약물명:) ④ 기타:	원	원	원	원	원	원		
최종 분만 진료담당의사 작성확인란				신청금액 총액							원

※ 유의사항
 ○ 1) 주요 진료내역에는 “① 조기진통에 의한 자궁수축억제제 투약관련 약물명, 투여기간 ② 분만출혈로 인한 자궁색전술, 자궁적출술, 5팩 이상 수술 실시 여부 ③ 중증 임신중독증으로 인한 황산마그네슘, 항고혈압제 투여 여부” 중에서 반드시 1개 이상 해당 사항을 기재하고, 기타 진료사항은 ④번 항목 추가 기재
 ○ 세부신청내역은 추가 기재내역이 필요할 경우, 서식을 추가해 작성 가능

보건의장 심사위원	의료비 지원결정액				의료비 지원결정액				원
--------------	-----------	--	--	--	-----------	--	--	--	---

※ 뒷면선 부분은 신청담당의사 작성