【첨부2_보건소_2024년 개정】 ※ 부부치료시 1부만 작성

한의약 난임치료 지원사업 참여 신청서

신청자 성명		주민등록번호	전화번호	전자메일주소
여성		(만 세)		
남성		(만 세)		
임신시도기간		(피임기간 제외) ☐ 6개월 ☐ 1년 ☐ 2년 ☐ 3년 이상		
난 임 기 간		☐ 1년 ☐ 2년 ☐ 3년 ☐ 4년 ☐ 5년 ☐ 6년 이상		
난임 시술이력 (정부지원 포함)		난임시술이력: ☐ 있음 ☐ 없음 (진단서에 명시되어 있는 난임유형: ☐ 원인불명 ☐ 기타:)		
		인공수정:__회, 마지막 시술일자:_____ ☐ 비임신 ☐ 임신 후 유산 ☐ 임신 후 출산		
		체외수정:__회, 마지막시술일자:_____ ☐ 비임신 ☐ 임신 후 유산 ☐ 임신 후 출산		
신청부부사이의 기존 자녀수	명	기존자녀 임신시 난임시술 여부	첫째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정 둘째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정	

❖ **유의사항**

- 허위 기재시 신청자는 지원대상 제외, 진료 및 치료비 본인이 부담
- 개인사유로 1개월 이상 치료 중단시 그 시점 기준으로 치료종료 됨
- 한의약 난임치료 중 의과 난임시술 병행시 지원불가(또는 환수처리)
- 한의약 난임치료 중 임신성공시 치료완료 분류 및 치료종료
- 서울시 지원 한의약 난임치료에 성실히 참여하고 보건소, 한의원에 성실히 응답하고 참여해야 할 의무가 있음

✓ **기타참여사항**: 치료 전·후 검사, 한의약 난임치료 결과(임신, 임신지속, 분만 여부 등) 확인, 만족도 조사

※ **참여 신청자 준비서류**

1. 원인불명의 난임을 확인할수 있는 진단서(시술기관, 산부인과)
   ※ 난임시술병원 진단서 제출시 남성 진단서 생략 가능(단, 남성 단독시 여성 진단서 반드시 제출해야 함)
   ※ 타사업 지원으로 기제출한 진단서의 유효기간이 2년 이내인 경우, 제출 생략 가능
2. 서울시 전입일 명시된 주민등록등본, 가족관계증명서(부부가 주민등록지가 다를 경우), 국적확인 가능한 서류(부부 중 1명이 외국인인 다문화 가정일 경우) 1부
   사실혼인 경우: 동의서, 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명가능한 공문서 또는 사실혼 확인보증서 1부
   ※ 「전자정부법」에 의거 행정정보의 공통이용 확인에 동의할 경우 주민등록등본 제출 생략
   ※ 타사업 지원으로 기제출한 사실혼 증빙서류의 유효기간이 6개월 이내인 경우, 제출 생략 가능
3. 사전 검사결과지
   (공통) 일반혈액(CBC), 신기능(BUN/Cr), 간기능(LFT)
   (남)정액검사 (여)풍진면역, AMH ※ 검사결과지 유효기간: 신청일 기준 6개월 이내(단, 풍진면역 검사는 유효기간 1년 이내)
   ※ 6개월 이내로 타사업(보건소 임신준비 검사 등)을 지원받은 경우 제출 생략 가능
4. 사전 선별 자가점검결과 ※ 서울시 임신출산정보센터(https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom) 작성 출력

위 기재사항 및 제출서류 중 허위 사항이 있을 경우 지원 대상에서 제외 및 의료비 지급시 환수 조치에 동의하며, 사업 본인부담금(10%)이 있음을 이해하고 동의하며, 서울시 한의약 난임치료 지원사업을 신청합니다.

20 년 월 신청인 : (서명)

신청인 : (서명)

구 보건소장 귀하

【첨부3_보건소_2024년 개정, 행정정보 공동이용 추가】 ※ 부부치료시 1부만 작성

한의약 난임치료 지원사업 개인정보 제공 및 사업참여 동의서

서울시 한의약 난임치료 지원사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

가. 개인정보를 제공받는 기관: 보건복지부, 서울시 보건소 및 지정 한의원, 서울시에서 사업 위탁한 기관

나. 개인정보 수집·이용 목적

❍ 한의약 난임치료 지원 대상자 선정 및 관리

❍ 보건소 전산 시스템을 통한 난임시술비지원 이력확인, 전후 임상검사시 활용

❍ 한의약 난임치료 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과추출 및 정책제안 기초연구자료로 활용

❍ 한의약 난임치료 지원사업이 타사업과 연계될 경우 활용

다. 개인정보 수집 항목 및 조회·열람·활용 동의내용

❍ 난임부부: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 사회보장현황, 신청서 및 제출서류 확인 내용, 출생아 정보('행정정보 공동이용' 조회 동의), 사전 및 사후 검사 결과, 난임 관련 타 사업 신청 시 제출한 진단서 및 검사결과지 등

라. 개인정보의 보유 및 이용 기간

❍ 보건복지부, 서울시 보건소에서 사업대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용: 5년

마. 개인정보 수집 동의 거부

❍ 신청인은 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원신청이 제한됩니다.

▪ **개인정보 수집 및 이용**	□ 동의함	□ 동의하지 않음
▪ **고유식별정보 처리**	□ 동의함	□ 동의하지 않음
▪ **민감정보 처리**	□ 동의함	□ 동의하지 않음
▪ **업무위탁에 따른 개인정보 처리**	□ 동의함	□ 동의하지 않음

본인은 「2024년도 서울시 한의약 난임치료 지원사업」과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다. 또한 본인은 한의약 난임 치료에 대한 성격, 목적, 기간, 본인이 해야 할 일과 본인의 건강과 관련하여 어떤 불편함이나 바람직하지 못한 결과가 발생할 수도 있다는 사실에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다. 또한 본 치료에 동의한 후에라도 언제든지 이를 철회할 수 있음을 확인하였습니다.

본인은 치료기간동안 주어지는 지침을 따르고 충실히 협력하여 본인의 건강에 어떤 변화가 있거나 예상하지 않았던 증상들이 나타나는 경우 즉시 한의원 및 보건소에 알리는 것에 동의하여, 아래에 서명함으로써 자유로운 의사에 따라 본 치료에 참가하고자 합니다. 【기

20 년 월 일

동의자 성 명 (인)

성 명 (인)