

미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청서

▶ 영유아 성명 :

▶ 주민등록번호

(접수번호 :

)

① 임 산 부 (영유아)성명		② 주민등록 번 호		③ 배 우 자 (보호자)성명	
④ 주 소				전 화 번 호	
⑤ 분 만 (진 단) 기 관 명			⑥ 분 만 일 자		
⑦ 출생시 체중	g		⑨ 임신기간 : 임신 주 분만(최종월경일)		
⑧ 질 병 명					
⑩ 입 원 기 간	년 월 일 ~ 년 월 일(일간)				
⑪ 총 본인부담 금	원		⑫ 입금은행 및 계좌번호		
건강보험가입구분	본인	<input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 직장	배우자 등	<input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 직장	
건강보험 납부액	본인	원	배우자 등	원	

< 직장가입자의 경우 >

자동차 평가액	<input type="checkbox"/> 3,000만원이상(대상제외) <input type="checkbox"/> 3,000만원미만	첨부	자동차보험증권 (사본/원본대조필)
종합부동산세	<input type="checkbox"/> 납부 대상자(지원대상 제외) <input type="checkbox"/> 납부 제외자	※ 허위 기재 시 지원대상 제외 및 의료비 지급 시 환수처리 됨	

별지 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 의료비 지원을 신청합니다.

신청인 주소
본인과의 관계
신청자 성명

서명 또는 인

년 월 일

시·군·구청장(보건소장) 귀하

첨부서류 : 진료비영수증, 입금계좌통장 사본, 출생보고서(출생증명서) 사본.

질병명이 포함된 진단서 사본(선천성이상아의 경우)

건강보험카드 사본(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두의 카드사본 첨부)

건강보험료 본인부담금 납부영수증 또는 납부확인서(단, 맞벌이부부일 경우 부부 모두 첨부)

※ 주민등록등본(G4C 이용 가구원, 가족수 확인)

가족관계등록부(세대 분리의 경우 가구원, 가족수 확인)

보건소장 심사의견 :

의료비지원 결정액 :

결정 연월일 :

등록번호	
등록일자	20 . .
공개여부	비 공 개
처 리 과	보건지원과

담당자	담 당	과 장	소 장
		전 결	