

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
 ※ Обратите внимание, что переведенный документ предназначен только для информации при подаче обращения, саму форму следует заполнять и подавать на корейском языке.

난임부부 시술비 지원 신청서

Заявление о предоставлении финансовой помощи для прохождения процедуры лечения бесплодия супружеской парой

신청인 (난임 부부 중 여성) Заявитель (Супруга)	성명 Фамилия и имя	주민등록번호 또는 외국인등록번호 Рег. № постоянного жителя или Рег. № иностранного гражданина
	주소 Адрес	
	전화번호 Тел.	E-mail Эл. почта
배우자 Супруг(-а)	성명 Фамилия и имя	주민등록번호 또는 외국인등록번호 Рег. № постоянного жителя или Рег. № иностранного гражданина
	주소 Адрес	
	전화번호 Тел.	E-mail Эл. почта
시술 종류 및 차수 Вид процедуры и число сеансов	시술 종류 Вид процедуры ☐ 신선배아 ☐ 동결배아 ☐ Свежий эмбрион ☐ Заморозка эмбриона ☐ 인공수정 ☐ Искусственное оплодотворение	시술 회차 Порядковый № сеанса
인적사항 확인 Личные данные	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 Наличие у заявителя медицинской страховки либо права на получение медицинских льгот ☐ 건강보험 직장가입자 ☐ 건강보험 지역가입자 ☐ 의료급여 수급자 ☐ Медицинская страховка по месту трудоустройства ☐ Медицинская страховка по месту жительства ☐ Получатель медицинских льгот	
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 Наличие у супруга(и) медицинской страховки либо права на получение медицинских льгот ☐ 건강보험 직장가입자 ☐ 건강보험 지역가입자 ☐ 의료급여 수급자 ☐ Медицинская страховка по месту трудоустройства ☐ Медицинская страховка по месту жительства ☐ Получатель медицинских льгот	
가구 소득 확인 Доход домохозяйства	가구원 수(명) Число членов домохозяйства (чел.)	건강보험료 고지금액(합산금액) Сумма страховых взносов по медицинскому страхованию (совокупная)
당연수급자격 확인 Автоматическое право на получение	☐ 기초생활수급자(생계/의료/주거/교육) ☐ 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인) ☐ Получатель пособия по обеспечению прожиточного минимума (питание/одежда/жилье/образование) ☐ Лица, живущие на границе бедности (снижение персональной нагрузки/самостоятельность/инвалидность/принадлежность к группе)	

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

Настоящим подаю заявление в соответствии с приведенными выше положениями, со ссылкой на параграф 1 статьи 11 Закона об охране здоровья матери и ребенка.

년 월 일
ГГГГ ММ ДД

신청인
Заявитель

(서명 또는 인)
(Подпись или печать)

○○시군구 보건소장 귀하

Директору центра общественного здравоохранения города, уезда, муниципального района ○○

첨부서류 Прилагаемые документы	<ol style="list-style-type: none">1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)1. Медицинское заключение врача 1 экз. (подается только при первоначальном заявлении)2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)2. Копия карточки медицинского страхования или свидетельство права на медицинское страхование - по 1 экз. для каждого члена супружеской пары (для получателя медицинских льгот достаточно предъявить 1 экз. свидетельства права на получение)3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부3. Подтверждение оплаты страхового взноса по медицинскому страхованию (с печатью соответствия оригиналу) - по 1 экз. для каждого члена супружеской пары (기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부) (получатель пособия по обеспечению прожиточного минимума или лицо на границе бедности - 1 экз. документа, подтверждающего соответствующий статус)4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부4. Копия гражданской регистрации или свидетельство об актах гражданского состояния, подтверждающие наличие брачных уз (1 экз.)5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맞벌이 사실 증명 서류 필요 시)5. Свидетельство о регистрации субъекта предпринимательской деятельности, свидетельство о назначении - 1 экз. (когда требуется подтверждение двойного дохода)6. 개인정보 제공동의서 1부6. Письменное согласие на предоставление персональных данных (1 экз.)7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)7. Письменное согласие сторон на прохождение процедуры - 1 экз. (в случае гражданского брака)8. 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)8. Копия гражданской регистрации и выписка из реестра семейных отношений - по 1 экз. для каждой стороны (в случае гражданского брака)9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)9. Официальный документ, подтверждающий, что стороны состоят в гражданском браке не менее 1 года - 1 экз. (в случае гражданского брака) * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출 * Можно не подавать, если сведения могут быть проверены на основании копии гражданской регистрации. В случае отсутствия соответствующего официального документа следует подать гарантийное письмо о гражданском браке.10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부10. Если одна из сторон является иностранным гражданином, свидетельство о регистрации иностранца или свидетельство о регистрации места жительства (1 экз.) * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 * Кроме вышеуказанных документов факт проживания в стране в течение года и больше можно доказать, подав дополнительно свидетельство об иммиграционном учете.
----------------------------------	--

※ 유의사항 : 1) 허위 기재 시 지원대상이 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.

※ Примечания: 1) В случае указания ложных сведений заявитель лишается права на получение пособия, а также обязуется возместить в полном размере уже полученные средства.

2) 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.

2) Обязуется искренне отвечать на вопросы представителей центра здравоохранения относительно результатов процедур с получением государственных субсидий (включая рождение ребенка).

3) 첨부서류 2~5의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.

3) Прилагаемые документы 2-5 подавать необязательно, если дано согласие на совместное использование административных данных в соответствии с Законом об электронном правительстве.

4) 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

4) Министерство здравоохранения и социального обеспечения использует персональные данные, относящиеся к процедуре, исключительно в связи с правительственной политикой.

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

Согласие на предоставление персональных данных в рамках поддержки лечения бесплодия для супружеских пар

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

Настоящим даю свое согласие на предоставление и применение указанных ниже персональных данных в отношении заявления о предоставлении пособия для оплаты процедуры в рамках государственной программы помощи супружеским парам в лечении бесплодия, а также в отношении заявителя, в соответствии со статьями 15, 17, 18, 23, 24 и 26 Закона о защите персональных данных.

- 다 음 -

- Подробности -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단, 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ Органы и проекты, для которых предоставляются личные данные : Министерство здравоохранения и социального обеспечения, центры общественного здравоохранения на всей территории Республики Корея (включая отделения городского и провинциального уровня), Информационный центр социального обеспечения Кореи, проект помощи супружеским парам в лечении бесплодия при Национальной службе медицинского страхования, а также органы, уполномоченные Министерством здравоохранения и социального обеспечения для ведения статистики по проекту помощи супружеским парам в лечении бесплодия.
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ☐ Сбор файлов персональных данных (БД)
 - 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
 - Отбор и учет получателей помощи супружеским парам в лечении бесплодия
 - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - Применение при подаче заявления о прохождении процедуры, изучении или проверки текущего статуса оказания помощи посредством интегрированной информационной системы центра общественного здравоохранения.
 - 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - Сбор и анализ статистических данных по программе помощи супружеским парам в лечении бесплодия, извлечение результатов и их использование в качестве материалов для исследований, служащих основой для будущих политик в соответствующей сфере.
 - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - Применение в связи с другими проектами, связанными с программой помощи супружеским парам в лечении бесплодия.
- ☐ 개인정보수집항목
- ☐ Собираемые персональные данные
 - 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
 - Супруги, страдающие бесплодием: фамилия и имя, регистрационный номер постоянного жителя, адрес, номер телефона, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, статус медицинского страхования, страховые взносы на медицинское страхование, содержание свидетельства о прохождении лечения (медицинское учреждение, название лечения, основание для прохождения, использованные препараты, период лечения, дата забора яйцеклеток, число забранных яйцеклеток, и т. п.), семейное положение, текущие сведения о рождении/росте новорожденного.
 - 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
 - Другие члены семьи, кроме супругов, страдающих бесплодием: фамилия и имя, регистрационный номер постоянного жителя, адрес, статус медицинского страхования, страховые взносы на медицинское страхование
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- ☐ Срок хранения и использования личной информации:
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
 - В случае сбора и использования персональных данных в целях отбора и учета получателей помощи на уровне Министерства здравоохранения и социального обеспечения, центров общественного здравоохранения по всей территории страны (включая отделения городского и провинциального уровня) : бессрочно

☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용

☐ Персональные данные, в отношении которых дается согласие на предоставление доступа, просмотр и использование

- ☐ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
- ☐ Доступ к/просмотр копии (выписки) свидетельства гражданской регистрации (подтверждение числа членов домохозяйства, факта рождения)
- ☐ 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
- ☐ Свидетельство об актах гражданского состояния (подтверждение характера семейного родства, семейного статуса, числа членов семьи)
- ☐ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
- ☐ Свидетельство об уплате взносов на медицинское страхование (подтверждение взносов на медицинское страхование и суммы к уплате)
- ☐ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- ☐ Карта медицинского страхования (подтверждение статуса застрахованного лица и его иждивенца)
- ☐ 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- ☐ Проверка сведений о заявлениях о помощи супружеским парам в лечении бесплодия, о текущем статусе лечения, о содержании помощи, а также сбор и анализ статистических данных.
- ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ Применение в связи с другими проектами, связанными с программой помощи супружеским парам в лечении бесплодия.
- ☐ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조회 동의
- ☐ Согласие на просмотр и совместное использование административной информации в целях проверки семейных отношений и критериев отбора

☐ 개인정보 수집 동의 거부

☐ Отказ от предоставления согласия на сбор персональных данных

- ☐ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.
- ☐ Вы можете не давать согласие на сбор персональных данных о вас или о ваших родственниках. В таком случае вы не сможете подать заявление о предоставлении помощи.

성 명 Фамилия и имя	개인정보 수집 및 이 용 Сбор и использование персональных данных	고유식별정보 처리 Обработка уникальных идентифицирующих данных	민감정보 처리 Обработка чувствительных (личных) данных	업무위탁에 따른 개 인정보 처리 Обработка персональных данных субподрядчиками
	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия
	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия
	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия
	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия	☐ 동의함 ☐ Даю согласие ☐ 동의하지 않음 ☐ Не даю согласия

본인은 "시술비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

Настоящим даю свое согласие на предоставление доступа, просмотр и использование персональных данных в вышеперечисленных целях, связанных с заявлением о предоставлении помощи в оплате лечения.

20

년

월

일

20

ГГ

ММ

ДД

동의자 성명 Фамилия и имя заявителя	관 계 Характер отношений	동의확인(서명) Подтверждение согласия (подпись)
		(인) (печать)
		(인) (печать)
		(인) (печать)
		(인) (печать)

- ※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모
- ※ Оформление графы «форма отношений»: заявитель (проходящая лечение женщина), муж, сын, дочь, свёкор, свекровь, отец, мать
- ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.
- ※ При расчете взносов на медицинское страхование укажите лица, входящие в число членов семьи.