

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Please note that the translation is for reference only when applying for a civil petition, and must be submitted in Korean using the existing Korean format.

난임부부 시술비 지원 신청서
Application for Infertility Treatment Support

신청인 (난임 부부 중 여성) Applicant (Female Partner)	성명 Name	주민등록번호 또는 외국인등록번호 Resident Registration Number or Alien Registration Number
	주소 Address	
	전화번호 Phone	E-mail Email
배우자 Spouse	성명 Name	주민등록번호 또는 외국인등록번호 Resident Registration Number or Alien Registration Number
	주소 Address	
	전화번호 Phone	E-mail Email
시술 종류 및 차수 Type and Stage of Treatment	시술 종류 Type [] 신선배아 [] 동결배아 [] Fresh embryo [] Frozen embryo [] 인공수정 [] Artificial insemination	시술 회차 Stage
인적사항 확인 Verification of Personal Information	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 Health Insurance or Medical Aid Status of the Applicant [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] Employee health insurance [] Self-employed/regional health insurance [] 의료급여 수급자 [] Medical aid recipient	
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 Health Insurance or Medical Aid Status of the Spouse [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] Employee health insurance [] Self-employed/regional health insurance [] 의료급여 수급자 [] Medical aid recipient	
가구 소득확인 Verification of Household Income	가구원 수(명) Number of Family Members	건강보험료 고지금액(합산금액) Total Amount of Health Insurance Premiums
당연수급자격 확인 Verification of Eligibility for Automatic Benefits	[] 기초생활수급자(생계/의료/주거/교육) [] Basic livelihood security recipient (living, medical, housing, education) [] 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인) [] Second-lowest income bracket (reduced self-payment, self-support, disability, income verification)	

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.
I hereby apply for the above-mentioned support in accordance with Article 11(1) of the Mother and Child Health Act.

년 월 일
YYYY MM DD

신청인
Applicant

(서명 또는 인)
(Signature or Seal)

○○시군구 보건소장 귀하

Submitted to Respective Head of the City/County/District Health Center

첨부서류 Attachments	<ol style="list-style-type: none">1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출) 1. One copy of the medical certificate/diagnosis (only for the initial application).2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부) 2. One copy each of the couple's Health Insurance Certificates or Health Insurance Eligibility Certificates (one copy of the Qualification Certificate for medical aid recipients).3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부 3. One original copy each of the couple's health insurance payment confirmations (certified true copy) (기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부) (For those with basic livelihood security or second-lowest income bracket qualification, one copy of the relevant qualification certificate.)4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 4. One copy of the Certificate of Resident Registration or Certificate of Family Relations proving the marital relationship.5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맞벌이 사실 증명 서류 필요 시) 5. One copy of the Business Registration Certificate or Certificate of Appointment (if proof of dual income is required).6. 개인정보 제공동의서 1부 6. One copy of the consent form for providing personal information.7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우) 7. One copy of the Treatment Consent Form (in the case of common-law marriage).8. 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부(사실혼의 경우) 8. One copy of the Certificate of Resident Registration and Family Relations Register for each party (in the case of common-law marriage).9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우) 9. One copy of an official document proving common-law marriage for at least one year (in the case of common-law marriage). * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출 *May be omitted if verifiable via Certificate of Resident Registration; if no official document is available, submit an Affidavit of Common-Law Marriage Verification.10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 10. If one of the parties is a foreign national, one copy of the Certificate of Alien Registration or Certificate of Domestic Residence Registration as of the date of application. * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 *Additional proof of stay for at least one year may be submitted with a Certificate of Immigration Records.
---------------------	---

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

※ Note: 1. Falsified information will result in disqualification for support, and any granted support funds will be reclaimed.

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

2. You must respond truthfully to any inquiries from the responsible health center regarding the results of government-supported treatments (including birth).

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

3. You may omit the submission of Attachments 2 to 5 if you consent to the verification of administrative information in accordance with the Electronic Government Act.

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

4. The Ministry of Health and Welfare shall only use treatment-related personal information for statistics and related government policies.

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

Consent for Providing Personal Information for Infertility Treatment Support

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

With respect to the application and support for infertility treatment costs, I consent to the collection and use of my personal information in accordance with Articles 15, 17, 18, 23, 24, and 26 of the Personal Information Protection Act as follows.

- 다 음 -

- As follows -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ Recipients and Purpose of Personal Information: Ministry of Health and Welfare; nationwide health centers (including city/provincial programs); Korea Social Security Information Service; Infertility Treatment Support Program of the National Health Insurance Service; and institutions commissioned by the Ministry of Health and Welfare for the statistics management of the Infertility Treatment Support Program
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ☐ Purpose of Data Collection
 - ☐ 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
 - ☐ Selection and management of beneficiaries for infertility treatment support;
 - ☐ 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - ☐ Utilization during treatment application, support status investigation, or confirmation through the Integrated Information System of health centers;
 - ☐ 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - ☐ Collection, analysis, and extraction of statistical data for policy research related to the Infertility Treatment Support Program; and
 - ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - ☐ Utilization when the Infertility Treatment Support Program is linked to other support programs.
- ☐ 개인정보수집항목
- ☐ Personal Information Collected
 - ☐ 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
 - ☐ Infertile couples: Name, Resident Registration Number, address, landline phone number, mobile phone number, email address, health insurance status, health insurance premiums, treatment confirmation details (hospital, treatment name, treatment cause, medication used, treatment period, oocyte retrieval date, number of oocytes retrieved, etc.), marital status, birth/growth status of children, etc.
 - ☐ 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
 - ☐ Family members other than the infertile couple: Name, Resident Registration Number, address, health insurance status, health insurance premiums
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- ☐ Period of Retention and Use
 - ☐ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
 - ☐ Permanent for the selection and management of beneficiaries by the Ministry of Health and Welfare and nationwide health centers (including city/provincial programs).
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
- ☐ Consent for Querying, Viewing, and Use
 - ☐ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - ☐ Querying and viewing Certificate (abstract) of Resident Registration (verification of number of household members and birth);
 - ☐ 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
 - ☐ Querying and viewing Certificate of Family Relations (verification of family relations, marital status, and number of family members);
 - ☐ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
 - ☐ Viewing health insurance payment confirmation (verification of health insurance premiums and billing amounts);

- 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- Viewing health insurance certificate (verification of health insurance subscribers and dependents);
- 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- Verifying infertility treatment support application, treatment status, and support details; collecting and analyzing statistical data;
- 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- Utilization when the Infertility Treatment Support Program is linked to other support programs.
- 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- Consent for shared use of administrative information to verify family relations and selection criteria.

☐ 개인정보 수집 동의 거부

☐ Right to Refuse Consent

- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.
- You may refuse consent for the collection of personal information for yourself and your family, but doing so will restrict your ability to apply for support.

성명 Name	개인정보 수집 및 이용 Consent to Collection and Use of Personal Information	고유식별정보 처리 Consent to Processing of Personally Identifiable Information	민감정보 처리 Consent to Processing of Sensitive Information	업무위탁에 따른 개인정보 처리 Consent to Processing of Personal Information via Outsourcing
	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree
	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree
	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree
	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree	☐ 동의함 ☐ Agree ☐ 동의하지 않음 ☐ Do not agree

본인은 “시술비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.
I consent to the collection, use, querying, viewing, and use of personal information for the above purposes related to the Application for Infertility Treatment Support.

20 년 월 일
YYYY MM DD

동의자 성명 Consenting Party	관계 Relationship	동의확인(서명) Confirmation of Consent (Signature)
		(인) (Seal)
		(인) (Seal)
		(인) (Seal)
		(인) (Seal)

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모

※ Indicate relationship as follows: Self (woman undergoing treatment), husband, son, daughter, father-in-law,

mother-in-law, father, or mother.

※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.

※ List the individuals who are included in the calculation of health insurance premiums.