

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ ฉบับแปลนี้มีไว้สำหรับการอ้างอิงเพื่อการยื่นคำร้อง กรุณากรอกข้อมูลในแบบฟอร์มภาษาเกาหลีแล้วส่ง

난임부부 시술비 지원 신청서
แบบคำร้องสนับสนุนค่ารักษาคู่สมรสผู้มีบุตรยาก

신청인 (난임 부부 중 여성) ผู้ยื่นคำร้อง (ฝ่ายหญิงของคู่สมรส ผู้มีบุตรยาก)	성명 นามสกุล-ชื่อ	주민등록번호 또는 외국인등록번호 เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว
	주소 ที่อยู่	
	전화번호 หมายเลขโทรศัพท์	E-mail อีเมล
배우자 คู่สมรส	성명 นามสกุล-ชื่อ	주민등록번호 또는 외국인등록번호 เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขประจำตัวคนต่างด้าว
	주소 ที่อยู่	
	전화번호 หมายเลขโทรศัพท์	E-mail อีเมล
시술 종류 및 차수 ประเภทการรักษา และความถี่	시술 종류 ประเภทการรักษา [] 신선배아 [] 동결배아 [] ตัวอ่อนสด [] ตัวอ่อนแช่แข็ง [] 인공수정 [] การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก	시술 회차 จำนวนครั้งที่รักษา
인적사항 확인 ข้อมูลส่วนบุคคล	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 สถานะการเป็นผู้มีประกันสุขภาพ หรือมีสิทธิ์ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ยื่นคำร้อง [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] ประกันสุขภาพที่สมัครผ่านนายจ้าง [] ประกันสุขภาพที่สมัครผ่านท้องถิ่น [] 의료급여 수급자 [] ผู้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์	
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 สถานะการเป็นผู้มีประกันสุขภาพ หรือมีสิทธิ์ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของคู่สมรส [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] ประกันสุขภาพที่สมัครผ่านนายจ้าง [] ประกันสุขภาพที่สมัครผ่านท้องถิ่น [] 의료급여 수급자 [] ผู้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์	
가구 소득 확인 รายได้ครัวเรือน	가구원 수(명) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)	건강보험료 고지금액(합산금액) จำนวนค่าประกันสุขภาพตามใบแจ้ง (ยอดรวม)
당연수급자격 확인 สิทธิ์ประกันสุขภาพของปีนี้	[] 기초생활수급자(생계/의료/주거/교육) [] ผู้ได้รับการสนับสนุนค่าดำรงชีพขั้นพื้นฐาน (ครองชีพ/การแพทย์/ที่อยู่อาศัย/การศึกษา) [] 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층 확인) [] ผู้ได้รับการสนับสนุนค่าดำรงชีพขั้นสอง (ลดหย่อนค่าใช้จ่าย/เลี้ยงดูตนเอง/คนพิการ/ตรวจสอบระดับขั้น)	

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

ขอยื่นคำร้องตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น เพื่อขอรับการสนับสนุนตามมาตรา 11 วรรค 1 ของ 「กฎหมายสวัสดิภาพแม่และเด็ก」

년 월 일
ปี ค.ศ. เดือน วันที่

신청인
ผู้ยื่นคำร้อง

(서명 또는 인)
(ลงชื่อหรือประทับตรา)

<p>첨부서류 เอกสารแนบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출) 1. ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ (ยื่นเฉพาะครั้งแรกเท่านั้น) 2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부) 2. สำเนาบัตรประกันสุขภาพของสามีและภรรยา หรือหนังสือรับรองสิทธิประกันสุขภาพ คนละ 1 ฉบับ (ในกรณีที่เป็นผู้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ให้ยื่นใบรับรองสิทธิ 1 ฉบับ) 3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부 3. หนังสือรับรองการชำระค่าประกันสุขภาพ (สำเนาฉบับจริง) ของสามีและภรรยา คนละ 1 ฉบับ (기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부) (ผู้ได้รับการสนับสนุนค่าดำรงชีพขั้นพื้นฐานและชั้นสอง ให้ยื่นใบรับรอง 1 ฉบับ) 4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 4. ทะเบียนบ้านหรือทะเบียนความสัมพันธ์ครอบครัวที่สามารถพิสูจน์ความเป็นสามีภรรยาได้ 1 ฉบับ 5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맞벌이 사실 증명 서류 필요 시) 5. หนังสือรับรองจดทะเบียนบริษัท หรือ ใบรับรองการทำงาน 1 ฉบับ (เมื่อต้องการเอกสารพิสูจน์ว่าเป็นคู่สมรสที่มีรายได้ทั้งคู่) 6. 개인정보 제공동의서 1부 6. หนังสือยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคล 1 ฉบับ 7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우) 7. หนังสือยินยอมรับการรักษาของตนเอง 1 ฉบับ (ในกรณีที่สมรสตามกฎหมาย) 8. 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부(사실혼의 경우) 8. ทะเบียนบ้านและทะเบียนความสัมพันธ์ครอบครัวที่ออกในชื่อของแต่ละคน อย่างละ 1 ฉบับ (ในกรณีที่สมรสตามกฎหมาย) 9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우) 9. เอกสารทางการที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าสมรสมาแล้วเกิน 1 ปี 1 ฉบับ (ในกรณีที่สมรสตามกฎหมาย) * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출 * สามารถจะได้ ในกรณีที่สมรสตรวจสอบได้ด้วยทะเบียนบ้าน และในกรณีที่ไม่มีเอกสารทางการดังกล่าว ต้องยื่นหนังสือรับรองการแต่งงาน 10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 10. หากมีฝ่ายใดเป็นชาวต่างดาว ให้ยื่นหนังสือรับรองการลงทะเบียนชาวต่างดาว หรือหนังสือรับรองการรายงานที่พักอาศัยในประเทศ 1 ฉบับ * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 * นอกจากเอกสารข้างต้นแล้ว หากต้องการหลักฐานว่าพำนักเกิน 1 ปี อาจต้องยื่นหนังสือรับรองบันทึกการตรวจคนเข้าเมืองเพิ่มเติมด้วย
---------------------------	--

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

※ ข้อควรระวัง : 1) เมื่อกรอกข้อความเป็นเท็จจะไม่ได้รับการสนับสนุน และต้องคืนเงินสนับสนุนที่ได้รับไปด้วย

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

2) หากสำนักงานมีสอบถามเพื่อตรวจสอบเกี่ยวกับผลการรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (รวมไปถึงเด็กที่เกิดออกมาด้วย) จะต้องตอบคำถามด้วยความสัตย์จริง

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

3) ในกรณีของเอกสารแนบข้อที่ 2~5 หากมีการยินยอมให้ตรวจสอบได้ด้วยการใช้ข้อมูลการบริหารร่วมกันตาม「กฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์」สามารถละการยื่นเอกสารเหล่านี้ได้

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

4) ขอแจ้งให้ทราบว่า กระทรวงสาธารณสุขจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการรักษาเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบายรัฐบาล เช่น สถิติ เท่านั้น

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

หนังสือยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่กิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยาก

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

ขอยื่นคำร้องคำรักษาพยาบาลจากกิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยากและยินยอมให้ใช้และให้ข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองซึ่งได้เป็นผู้ได้รับการสนับสนุนดังต่อไปนี้ ตามข้อบังคับของ 「กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล」 มาตรา 15 มาตรา 17 มาตรา 18 มาตรา 23 มาตรา 24 และมาตรา 26

- 다 음 -

- รายละเอียด -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ หน่วยงานและแผนกที่ได้รับข้อมูลส่วนบุคคล : กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยทั่วประเทศ (รวมถึงกิจการของเมืองและจังหวัด) หน่วยงานบริการข้อมูลประกันสังคมเกาหลี กิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยากขององค์การประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดการสถิติของกิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยาก
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ☐วัตถุประสงค์ของการรวบรวมรวมไฟล์ข้อมูลส่วนบุคคล (DB)
 - 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
 - เพื่อคัดเลือกและจัดการผู้มีคุณสมบัติได้รับการสนับสนุนคำรักษาคู่สมรสผู้มีบุตรยาก
 - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - เพื่อใช้ในการยื่นคำร้องรักษา ตรวจสอบสถานะการสนับสนุน หรือตรวจสอบระบบข้อมูลรวมสำนักอนามัย
 - 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ หาผลลัพธ์ข้อมูลทางสถิติของกิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยาก และใช้เป็นข้อมูลการวิจัยพื้นฐาน
- ดำเนินนโยบาย
 - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - เพื่อใช้ในกรณีที่กิจการสนับสนุนคู่สมรสผู้มีบุตรยากมีการประสานกับกิจการสนับสนุนอื่น ๆ
- ☐ 개인정보수집항목
- ☐ รายการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล
 - 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
 - คู่สมรสผู้มีบุตรยาก : สกุล-ชื่อ, เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล สถานะประกันสุขภาพ ค่าประกันสุขภาพ เนื้อหาหนังสือรับรองการรักษา (โรงพยาบาลที่รักษา ชื่อการรักษา สาเหตุที่รักษา ยาที่ใช้ ระยะเวลารักษา วันที่เก็บไข่ จำนวนไข่ที่เก็บได้ เป็นต้น) การสมรส และสถานะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดและเติบโตของบุตรที่ให้กำเนิด เป็นต้น
 - 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
 - บุคคลอื่นใดรอบครัวนอกเหนือจากคู่สมรสผู้มีบุตรยาก : สกุล-ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ สถานะประกันสุขภาพ ค่าประกัน สุขภาพ
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- ☐ ระยะเวลาเก็บรักษาและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
 - เมื่อกระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยทั่วประเทศ(รวมถึงกิจการของเมืองและจังหวัด) รวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อคัดเลือกและจัดการผู้มีคุณสมบัติ
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
- ☐ เนื้อหาการยินยอมให้สืบค้น เปิด และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - สืบค้นและเปิดทะเบียนบ้านหรือทะเบียนประชากร (ยืนยันจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการเกิด)
 - 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
 - ทะเบียนความสัมพันธ์ครอบครัว (ยืนยันความสัมพันธ์ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว)

- 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
- หนังสือรับรองการชำระค่าประกันสุขภาพ (ยืนยันค่าประกันสุขภาพและจำนวนค่าประกันสุขภาพตามใบแจ้ง)
- 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
- บัตรประกันสุขภาพ (ยืนยันสถานะผู้สมัครรับประกันสุขภาพและผู้มีข้อต่อท้าย)
- 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
- ยืนยันการยื่นคำร้องสนับสนุนคำรักษาคุ้มครองผู้มีบุตรยาก สถานะการรักษา เนื้อหาการสนับสนุน และการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ
- 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- เพื่อใช้ในการณที่กักการสนับสนุนคุ้มครองผู้มีบุตรยากมีการประสานกับกิจการสนับสนุนอื่น ๆ
- 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조회 동의
- ยินยอมให้ยืนยันความสัมพันธ์ครอบครัว และสืบค้น ‘การใช้ข้อมูลบริหารร่วมกัน’ เพื่อยืนยันเกณฑ์การได้รับคัดเลือก

☐ 개인정보 수집 동의 거부

☐ ปฏิเสธการยินยอมให้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.
- สามารถปฏิเสธการยินยอมให้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองและครอบครัว เมื่อปฏิเสธการยินยอม จะถูกจำกัดการยื่นคำร้อง สนับสนุน

성명 สกุล-ชื่อ	개인정보 수집 및 이용 การรวบรวมและ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล	고유식별정보 처리 การจัดการข้อมูลระบุตัวตน	민감정보 처리 การจัดการข้อมูลอ่อนไหว	업무위탁에 따른 개인정보 처리 การจัดการข้อมูล ส่วนบุคคลตามการ มอบหมายงาน
	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม
	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม
	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม ☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม
	☐ 동의함 ☐ ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม	☐ 동의함 ☐ ยินยอม

	☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม	☐ 동의하지 않음 ☐ ไม่ยินยอม
본인은 "시술비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้สื่อบันทึก และใช้งานข้อมูลส่วนบุคคลเฉพาะวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ข้างต้นเกี่ยวกับ "การยื่นคำร้องสนับสนุน ค่ารักษาพยาบาล"				
x20 년 월 일 ปี ค.ศ. 20 เดือน วันที่				
동의자 성명 สกุล-ชื่อผู้ยินยอม	관 계 ความสัมพันธ์	동의확인(서명) ยืนยันการยินยอม (ลงชื่อ)		
		(인) (ประทับตรา)		
		(인) (ประทับตรา)		
		(인) (ประทับตรา)		
		(인) (ประทับตรา)		

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

※ วิธีการระบุความสัมพันธ์ : ตนเอง (ฝ่ายหญิงผู้รับการรักษา)สามี ลูกชาย ลูกสาว พ่อสามี แม่สามี บิดา มารดา

※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.

※ เมื่อมีการคำนวณค่าประกันสุขภาพ โปรดกรอกผู้ที่รวมอยู่ในจำนวนสมาชิกในครอบครัว