

전남형 난임부부 시술비 청구서

시술방법	<input type="checkbox"/> 체외수정 <input type="checkbox"/> 인공수정		
청구금액	금 원		
지원결정 통지서 발급일자	년	월	일
신청자	성명	주민등록번호	연령 만 세
주소			
전화번호	이메일		
은행명	계좌번호	예금주	
지연청구 사유 (1개월 이후 청구한 경우에만 작성)			

위와 같이 청구합니다.

20년 월 일

청구인

(서명 또는 날인)

여수시 보건소장 귀하

- ※ 첨부서류 1. 시술확인서 원본 1부
2. 진료비 영수증 각 1부
3. 진료 상세내역서 1부
4. 통장사본 1부
 - ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(시술확인서, 진료비영수증, 진료 상세내역서, 시술자본인의 계좌 통장사본 등)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다.
 - ※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.