

고위험 임산부 집중치료비 지원 신청서

신청인	성명		생년월일	
	연락처		재직여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	주소(등본상)			
	분만일 또는 분만예정일			
보호자	성명		생년월일	
	연락처		재직여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	주소(등본상)	<input type="checkbox"/> 상동		
입·퇴원 정보	입원일	퇴원일	입원 시 임신주수	입원 병원
진단명				
수술명				
고지의무	타 의료비 신청	<input type="checkbox"/> 예 (지원금액) <input type="checkbox"/> 아니오		
신청경로	<input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 지인추천 <input type="checkbox"/> 보건소추천 <input type="checkbox"/> 현수막 <input type="checkbox"/> 기타			
신청경로	<p>상기 고지사항에 허위의 사실이 있거나 타 국가 의료비 지원을 받은 경우, 기타 거짓 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 제 347조에 의하여 형사상 처벌을 받을 수 있습니다.</p> <p style="text-align: right;">동의자 : (서명 또는 인)</p>			

위와 같이 「고위험 임산부 집중치료비」 지원을 신청합니다.

신청일	20
신청인	(서명 또는 인)
신청인과의 관계	

지원기준	안전한 출산 인프라 구축 사업단 등록 임산부만 지원 가능						
	1. 색전증 2. 양수과다증(O41) 3. 자궁경관무력증(N883) 4. 자궁파열 5. 태아기형 6. 질출혈 증상(N93)						
신청 시 구비 서류	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">본인</td> <td> 1. 집중치료비 지원 신청서 2. 진료비 영수증 3. 진료비 세부내역서(입원 별 각 1부) 4. 진단서(입원 별 각 1부, 병명, 질병코드 필수포함) </td> <td> 5. 통장 사본 및 신분증 사본 6. 주민등록등본 7. 건강보험료 납부고지서 (가구 내 모든 근로자) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">보호자</td> <td colspan="2">가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)</td> </tr> </table>	본인	1. 집중치료비 지원 신청서 2. 진료비 영수증 3. 진료비 세부내역서(입원 별 각 1부) 4. 진단서(입원 별 각 1부, 병명, 질병코드 필수포함)	5. 통장 사본 및 신분증 사본 6. 주민등록등본 7. 건강보험료 납부고지서 (가구 내 모든 근로자)	보호자	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)	
본인	1. 집중치료비 지원 신청서 2. 진료비 영수증 3. 진료비 세부내역서(입원 별 각 1부) 4. 진단서(입원 별 각 1부, 병명, 질병코드 필수포함)	5. 통장 사본 및 신분증 사본 6. 주민등록등본 7. 건강보험료 납부고지서 (가구 내 모든 근로자)					
보호자	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)						
유의사항	<ul style="list-style-type: none"> - 제출된 서류는 심의 완료 후에도 일체 반환되지 않습니다. - 선정위원회 심의 결과에 따라 지원을 받지 못할 수도 있습니다. 						



