

신혼(예비)부부 건강검진 지원 신청서

성명	신청인		주민등록번호		국적		건강검진 지원여부	<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부
	배우자		주민등록번호		국적		건강검진 지원여부	<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부
주소	신청인						혼인신고(예정)일	
	배우자						년 월 일	
연락처	자택		본인 휴대폰		배우자 휴대폰			
전자메일주소	신청인	@		배우자	@			
중복지원여부								

<유의사항>

※ 불임서류 해당서류 구비 시 체크

개인정보 제공 동의서

주민등록등본 1부 (단, 부부 또는 직계비속의 주소지가 다를 경우 가족관계증명서 1부 제출)

혼인관계증명서 1부

예식장계약서(청첩장(모바일 포함)) 1부

① 검진지정항목 범위 내 검진기관의 종류나 개수에 상관 없으며 지원한도금액 내에서 지원가능.

【지원 한도액 : 여성 4만원 이내, 남성 4만원 이내】

② 시군, 건강보험공단, 후원기관 등에서 시행하는 건강검진 사업과 관련 같은 검진항목으로는 지원받을 수 없음.

※중복되는 검진항목이 아닌 경우 보건소장의 확인을 통해 지원가능.

③ 전라남도 이외 지역의 검진기관은 지원받을 수 없음.

위 기재사항 중 허위 및 부당한 청구 있을 경우 지원대상 제외 및 지원금액을 전액 환수 조치하는 것에 동의하며, 위와 같이 신혼(예비)부부 건강검진 지원을 신청합니다.

2025년 월 일

신청인 : (서명)

시군 보건소장 귀하