

신혼(예비)부부 건강검진 지원 청구서

성명	청구인		입금계좌	계좌번호 / 은행명 / 예금주	
	배우자				
검사의뢰서 발급 보건소		(신청인) (배우자)	검사의뢰서 발급일	(신청인) (배우자)	
검사의료기관명		(신청인) (배우자)	검 사 일	(신청인) (배우자)	
건강 검진항목	여 성		남 성		
	<p>◦자궁질환 관련 검사</p> <p><input type="checkbox"/>자궁경부암 <input type="checkbox"/>자궁경부염 <input type="checkbox"/>기타()</p> <p>◦항체검사 <input type="checkbox"/>A형간염, 풍진, B형간염, C형간염</p> <p>◦소변검사 <input type="checkbox"/>당뇨 <input type="checkbox"/>단백뇨</p> <p>◦성병검사 <input type="checkbox"/>매독 <input type="checkbox"/>에이즈 <input type="checkbox"/>기타()</p> <p>◦흉부 X-Ray</p> <p><input type="checkbox"/>결핵 <input type="checkbox"/>폐질환 <input type="checkbox"/>기타()</p> <p>◦기타지원항목</p> <p><input type="checkbox"/>갑상선검사 <input type="checkbox"/>간기능검사 <input type="checkbox"/>신장기능검사</p> <p><input type="checkbox"/>난관이상검사 <input type="checkbox"/>인유두종바이러스검사</p> <p><input type="checkbox"/>비타민D검사 <input type="checkbox"/>비만도검사 <input type="checkbox"/>기타(혈액형,빈혈)</p> <p>검진항목 _____ 건(건강검진 진료내역 별첨)</p>		<p>◦항체검사 <input type="checkbox"/>A형간염, B형간염, C형간염</p> <p>◦소변검사 <input type="checkbox"/>당뇨 <input type="checkbox"/>단백뇨</p> <p>◦성병검사 <input type="checkbox"/>매독 <input type="checkbox"/>에이즈 <input type="checkbox"/>기타()</p> <p>◦흉부 X-Ray</p> <p><input type="checkbox"/>결핵 <input type="checkbox"/>폐질환 <input type="checkbox"/>기타()</p> <p>◦기타지원항목</p> <p><input type="checkbox"/>간기능검사 <input type="checkbox"/>신장기능검사 <input type="checkbox"/>콜레스테롤검사</p> <p><input type="checkbox"/>심전도검사 <input type="checkbox"/>전립선 수치검사 <input type="checkbox"/>혈액형</p> <p><input type="checkbox"/>기타()</p> <p>검진항목 _____ 건(건강검진 진료내역 별첨)</p>		
청구금액	(신청인) (배우자)	지원금액	(신청인) (배우자)		
<p>※ 붙임서류 해당서류 구비 시 체크</p> <p><input type="checkbox"/> 진료비 내역서(본인부담금 확인가능 서류) 1부</p> <p><input type="checkbox"/> 진료비 영수증 1부</p> <p><input type="checkbox"/> 통장 사본 1부</p>					
<p>위 기재사항 중 허위 및 부당한 청구 있을 경우 지원대상 제외 및 지원금액을 전액환수 조치하는 것에 동의하며, 위와 같이 신혼(예비)부부 건강검진 지원을 청구합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p>신 청 인 : (서명)</p> <p>시군 보건소장 귀하</p>					