

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)	검사일	(신청인)	(배우자)
건강 검진항목	여 성			남 성	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자궁질환 관련 검사 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 자궁경부염 <input type="checkbox"/> 기타() 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 항체검사 <input type="checkbox"/> A형간염, B형간염, C형간염 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 소변검사 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 단백뇨 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 소변검사 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 단백뇨 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 성병검사 <input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 에이즈 <input type="checkbox"/> 기타() 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 성병검사 <input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 에이즈 <input type="checkbox"/> 기타() 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 흉부 X-Ray <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 폐질환 <input type="checkbox"/> 기타() 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 흉부 X-Ray <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 폐질환 <input type="checkbox"/> 기타() 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기타지원항목 <input type="checkbox"/> 갑상선검사 <input type="checkbox"/> 간기능검사 <input type="checkbox"/> 신장기능검사 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기타지원항목 <input type="checkbox"/> 갑상선검사 <input type="checkbox"/> 신장기능검사 <input type="checkbox"/> 콜레스테롤검사 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 난관이상검사 <input type="checkbox"/> 인유두종바이러스검사 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 심전도검사 <input type="checkbox"/> 전립선 수치검사 <input type="checkbox"/> 혈액형 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 비타민D검사 <input type="checkbox"/> 비만도검사 <input type="checkbox"/> 기타(혈액형, 빈혈) 			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기타() 	
<u>검진항목</u>			<u>건(건강검진 진료내역 별첨)</u>		
청구금액	(신청인)	(배우자)	지원금액	(신청인)	(배우자)
<p>* 불입서류 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 전액 환수 조치하는 것에 동의하며, 위와 같이 신혼(예비)부부 건강검진 지원을 청구합니다.</p>					
20 년 월 일					
신청인 : (서명)					
<p>시군 보건소장 귀하</p>					