

[서식 제3호] <신설 2025. 4. 28.>

(앞면)

일련 번호	20 - 호	영구 불임 예상 난자·정자 동결·보존 확인서				
대상자 성명 (□여성 / □남성)	주민등록번호					
	연락처					
의학적 사유	<input type="checkbox"/> 유착성자궁부속기절제술 <input type="checkbox"/> 부속기종양적출술 <input type="checkbox"/> 난소부분절제술 <input type="checkbox"/> 고환적출술 <input type="checkbox"/> 고환악성종양적출술 <input type="checkbox"/> 부고환적출술 <input type="checkbox"/> 항암치료 (□ 항암제 투여, □ 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, □ 면역 억제 치료) <input type="checkbox"/> 염색체 이상 (□ 터너증후군 □ 클라인펠터증후군 □ 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)					
생식세포(난자·정자) 동결일 / 보관기간	동결일/보관시작일 20 년 월 일	보관종료일 20 년 월 일				
생식세포 채취 여부 및 보관	<input type="checkbox"/> 난자 정보		<input type="checkbox"/> 정자 정보			
	난자 채취일		정자 채취일			
	채취된 난자 수(단위)	(개)	채취된 정자(단위)	(vials/straw)		
	폐기된 난자 수(단위)	(개)	폐기된 정자(단위)	(vials/straw)		
	보존된 난자 수(단위)	(개)	보존된 정자(단위)	(vials/straw)		
	보존 요청 기간	년	보존 요청 기간	년		
동결·보존 중단 시 사유						
비용 (단위 : 원)						
총 비용 (A+B+C+D)	일부 본인 부담금 (A)	보험자(공단) 부담금 (B)	전액 본인부담금 (C)	비급여 (D)		
				동결비	보관비	기타
체외수정 시술기관 지정번호		의료 기관명		전화		
				FAX		
위와 같이 영구 불임 예상 생식세포(난자·정자) 동결·보존을 시행하였음을 확인합니다.						
20 년 월 일						
의사면허번호 : _____ 번		전문일자격번호 : _____ 과 _____ 번				
담당의사 : _____ (서명 또는 날인)		시술기관대표 : _____ (직인)				
시·군·구 보건소장 귀하						

동결·보존 확인서 작성 시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을 시 접수가 불가합니다)
2. 의학적 사유 해당 여부를 확인해 주시기 바랍니다. (「모자보건법」 시행령 제14조 각호 사유에 해당하는 경우만 지원 가능합니다)
3. 생식세포 채취일이 2025년 1월 1일 이후인 시술 건에 대하여 지원 가능합니다. (채취일 기준 6개월 내 청구하여야 합니다.)
4. 체외수정 시술 난임시술 의료기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정 시술 지정번호를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.
5. 총 시술비용은 검사, 과배란 유도(여성), 채취, 동결, 보존에 대하여 발생한 실제 비용을 기재합니다.

〈주의〉 동결·보존 확인서 기재 시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.