



난임부부 시술비 지원
사업목적

임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거하고 난임부부가 희망하는 자녀를 갖게 하여 행복한 가정을 영위하도록 함.

지원자격 : 법적 혼인상태에 있거나, 신청일 기준 1년 이상 사실혼 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소로부터 확인된 난임부부 (매 회차시마다 지원신청 접수일 기준)

소득기준 : 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자 및 차상위 계층

소득판별 기준표

2020년 난임부부 지원사업소득판정 기준표

가구원수	기준중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금 (고지금액 기준 / 단위: 원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065
9인	16,482,000	602,065	617,910	767,816
10인	18,072,000	767,816	756,113	1,522,390

* 건강보험료 본인부담금액 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

* 부부가 맞벌이 가구인 경우, 부부 중 건강보험료가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 적용하여 합산

지원범위 : 체외수정, 인공수정 시술비 중 일부본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금

지원금액 : 시술종류와 횟수 및 여성 만나이 별로 시술금액 상한 차등 지원

시술종류 및 여성 만나이 별 시술비 상한액표

적용대상 연령(여성기준)		만 44세 이하	만 45세 이상
체외수정	신선배아	1-4회	최대 110만원
		5-7회	최대 90만원
	동결배아	1-3회	최대 50만원
		4, 5회	최대 40만원
인공수정	1~3회	최대 30만원	최대 20만원
	4, 5회	최대 20만원	

지원횟수 : 신선배아 최대 7회, 동결배아 최대 5회, 인공수정 최대 5회

※ 단, 건강보험이 적용되는 경우(횟수 차감)에만 지원가능

※ 공납포 발생 시, 건강보험 횟수 차감 없이 본인부담률 30% 적용 중에 있으므로, 정부지원 불가

구비서류

난임 진단서 원본 1부(*난임 진단서는 1차 신청시 제출한 내용을 지원시까지 같음함)

주민등록등본 1부(가족 별도 주소지인 경우 가족관계증명서 필요)

건강보험증 사본 및 신청일 기준 전월 건강보험료 본인부담금 납부고지서(단, 맞벌이부부일 경우, 부부 모두 첨부)

(전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 생략 가능)

사업자등록증명원(맞벌이 부부 중 자영업일 경우)

신청일 기준 1개월 이상 휴직자의 경우 휴직증명서

(육아휴직자의 경우 육아휴직임을 명시한 휴직증명서 또는 휴직 확인이 가능한 재직증명서)

신청일 기준 1개월 이상 유급 휴직자의 급여명세서
 사업자등록증명원(맞벌이 부부 중 자영업일 경우)
 기초생활보장수급자 및 차상위계층은 관련 증명서(확인서) 제출
※ 사실상 혼인관계 증명을 위한 추가 첨부서류 (해당자에 한함)

당사자 시술동의서
 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부
 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서(서식) 및 보증인 신분증 사본 각 1부)
 신청일 기준 최근 1년 이상 체류를 증빙할 수 있는 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부(당사자가 외국인인 경우에 한함)

한의 난임치료 지원사업

사업목적

양방 난임 시술 지원 외에 임신에 적합한 체질개선 등 한의 난임치료를 지원하여 임신·출산 성공률 제고

사업기간 : 2020년 2월 ~ 11월

대상자 선정 1개월, 치료 4개월, 추적검사 5개월

신청기간 : 2020.2.3. ~2.17.

신청장소 : 보건소(방문 접수)

지원자격 : 최근 6개월 이상 관내에 주소를 둔 1년 이상 임신이 안되고 있는 만 44세 이하 여성

양방검사상 부부 모두 불임을 유발할 수 있는 기질적 질환이 없는 자

주1회 이상 내원과 치료에 성실한 참여가 가능하고, 사업기간 동안 보조생식술을 받지 않을 자

소득기준 : 기준중위소득 200% 이하 가정

가구원수	기준중위소득(200%)	건강보험료 본인부담금 (고지금액 기준 / 단위: 원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,813,000	189,330	198,797	192,469
3인	7,520,000	248,424	271,339	255,816
4인	9,227,000	310,158	336,809	326,151
5인	10,934,000	378,988	413,866	410,509
6인	12,641,000	410,509	449,143	442,043
7인	14,348,000	487,738	531,741	563,593

* 건강보험료 본인부담금액 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

* 부부가 맞벌이 가구인 경우, 부부 중 건강보험료가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 적용하여 합산

사업내용

치료단계 : 한의치료(4개월분) → 추적조사(5개월)

지원내용 : 4개월분 한약치료

※ 침 뜸 등 침구치료는 본인부담(건강보험 적용)

총 2회 혈액검사 실시(1차: 대상자선정시 보건소 무료검진, 2차: 치료종료 후 치료한의원 부담)

치료기관 : 도내 지정 한의원

지원절차 : 신청 접수 및 혈액검사 → 심사선정, 한의사회 통보 → 대상자 확정, 통지 → 한방치료 및 종료 혈액검사

구비서류

신청서, 설문지, 개인정보제공 및 활용 동의서(보건소 비치)

신분증(본인 확인용), 주민등록등본(필요시 가족관계증명서)

건강보험증 사본 또는 건강보험 자격확인서

건강보험료 납부 확인서(맞벌이인 경우 부부 모두 필요)

※ 주민등록등본, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서는 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출생략

문의

방문보건팀 ☎ 061-470-6538