# 임산부확인서

**대상자**

성명: (지역상담기관에서 발급 받은 가명)

전산관리번호:

생년월일:

**위기임신 상담 지역상담기관**

기관명:

전화번호: (응급 상황 시 연락 가능한 번호)

주소:

| | |
|---|---|
| 비고 | 대상자 사용 약물 |
| | 그 밖에 대상자에 대한 사항 |
| | 출산 연월일: (출산 후 의료기관에서 작성 후 날인)<br>유효기간: 출산 후 6개월 |

「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제10조제1항, 같은 법 시행규칙 제8조제1항 및 「사회보장급여의 이용ㆍ제공 및 수급권자 발굴을 위한 법률」 제7조의2제1항제4호에 따라 이 증서를 제시한 임산부는 비식별화된 정보로 의료기관을 이용할 수 있음을 확인합니다.

년 월 일

지역상담기관의 장 직인

**유의사항**

1. 본 확인서를 지참한 대상자의 응급수술 등으로 연락이 필요한 경우 보호출산 상담ㆍ신청 지역상담기관으로 연락주시기 바랍니다.
2. 위 사람은 위 비고란에 기재된 유효기간에 한정하여 「국민건강보험법」 제12조제2항ㆍ제3항 및 같은 법 시행규칙 제7조제3호에 따라 이 임산부확인서를 제시함으로써 본인 여부를 확인합니다.
3. 의료기관의 장, 의료인 및 의료기관 종사자 등은 임산부확인서를 보유한 사람이 의료기관을 이용하는 경우 실명과 주민등록번호 등으로 본인 여부를 확인하지 않도록 해주시기 바랍니다.
4. 위 사람은 위 비고란에 기재된 유효기간에 받은 진료 등에 대하여 해당 유효기간이 지난 후에도 이 확인서를 요양기관에 제시함으로써 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조에 따른 요양급여비용 계산서ㆍ영수증, 「의료법」 제17조에 따른 진단서ㆍ검안서ㆍ증명서, 같은 법 제17조의2에 따른 처방전 및 같은 법 제21조에 따른 진료기록 등의 서류를 발급받을 수 있습니다.