

지정 한의원 선정기준[신규]

○ 지정 한의원의 역할

- 지원 대상자에 대한 서울시 한의약 난임치료 지원사업 표준처방에 근거한 난임 진료, 치료 및 상담 수행
- 사업 관련 진료 기록지, 환자설문지 등 각종 서식 작성 및 보고
- 사업의 원활한 운영을 위한 보건소, 서울시, 난임 지원단과의 협조 체계 유지

○ 지정 한의원 선정 필수 조건

- 의료법 제3조에 의거 한의원 또는 한방병원 의료기관으로서 결격사유가 없는 기관
- 한의사 배상책임보험에 가입한 자
- 사업 추진을 위한 의무 교육에 참여하여 교육과정을 이수한 자
- 한의약 난임 치료의 발전과 저출산 극복을 위한 공공사업임을 충분히 인지하고 공익을 우선으로 할 수 있는 자
- 서울시 한의약 난임 치료 지원사업 표준처방 준수에 동의 한 자

○ 지정 한의원 우대조건

- 임상경력 5년 이상인 자
- 한방부인과 전문의 또는 한방부인과 석사·박사 학위 소지자
- ※ (한의사 전문의 자격 인정) 한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 제18조
- 대한한의사협회 회원으로서 관련 의무를 충실히 이행하고 결격사유가 없는 자
- 서울시 한의약 난임 치료 지원사업 담당 직원 지정이 가능한 기관

○ 구비 서류

- 참여 신청서 1부, 배상책임보험 가입 증서(사본) 1부, (해당자)한방부인과 전문의 또는 한방부인과 석사·박사 학위 증명서류(사본) 1부

○ 지정 방법

- 각 자치구는 제출 서류를 기반으로 심사 후 1차 선정(필요시 현장실사)
- 1차 선정자는 사업 교육 참여 및 이수 후 최종 지정
- 사업 참여에 불성실하거나 운영지침을 위반한 경우, 지정 취소 가능

○ 행정 사항

- (자치구) 선정기준에 의해 참여 한의원 선정 후 서울시 보고, 참여 한의원 지정서 발급
- (서울시) 참여 한의원 교육, 지정 한의원 명단 공유

○ 지정일자

- 교육 이수자 명단 최종 확인일을 기준으로 하여 지정일 지정 및 취소
(서울시 최종 이수자 명단 안내 공문 발송일 기준)
- 한의원 지정취소 요청 시 지정사유 발생일(취소요청일) 기준으로 하여 취소하며, 반드시 공문을 발송하여야 함.

2026년 한의약 난임치료 지원사업
지정 한의원 참여 신청서

가입 한의사회	지부 () 분회			
의료기관명 (주소)				
대표자(원장)명				
이 력	면허번호(취득년도)	() 년		
	현 한의원 개원일	년 월		
	한의사 임상경력 (한방부인과 경력)	년 월 ~ 년 월(총 년 개월) () 년 개월		
	취득 학위		전문의(과목)	

※ 위 기재내용은 모두 사실이며 허위사항이 있을 경우 어떤 불이익도 감수하는 것에 동의합니다.

연락처 (H.P)	대표 - (01 - -)
e-mail	@
사업수행 인력	한의사 ()명, 간호사 ()명, 간호조무사 ()명, 기타 ()명 서울시 한의약 난임치료 지원사업 담당자 ☐ 지정(면허종류) ☐ 미지정
한의사 배상책임보험	가입 (), 미가입()

※ 첨부서류: 배상책임보험 가입 증서(사본), 한방부인과 전문의 또는 한방부인과 석·박사 취득 증빙서류 1부(해당자)

【 개인정보 수집 및 제공에 대한 동의: ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 】

수집항목	이름, 면허번호, 휴대폰 번호, 이메일, 면허 및 학위 증빙서류, 배상책임보험 가입증서
수집이용 및 목적	서울시 한의약 난임치료 지원사업 운영 및 관리
보유 및 이용기간	사업종료, 지정 취소 등 이용목적 상실 시 즉시 폐기
개인정보 제공 거부권리 및 거부에 따른 제한사항	개인정보 수집 동의를 거부할 수 있음. 단, 동의 거부 시에는 참여 신청이 제한됩니다.

본 한의원은 서울시가 추진하는 ‘2026년 한의약 난임치료사업’의 목적이 한의약 난임치료의 발전과 저출산 극복을 위한 공공사업임을 충분히 인지하고 공익을 우선으로 할 것이며, 사업 참여기간동안 사업지침을 준수하고 관련 교육에 참석하는 등 충실히 협력할 것에 동의하며, 사업 참여를 신청합니다.

2026 년 월 일

한의원 원장 (인)

서울시 한의약 난임치료 기관 지정 조건 및 유의사항

- ① 서울시에서 제공하는 한의약 난임치료 지원사업 지침을 준수(표준처방 준수)하고 서울시에서 제공하는 양식을 사용할 것
- ② 한의약 난임치료 전 원인에 대한 철저한 확인 및 진료를 통해 내실 있는 치료가 이루어지도록 할 것
- ③ ‘한의약 난임치료 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것
 - 일반환자에 비해 어떤 차별 대우도 하지 않을 것
 - 한의약 난임치료 지원사업에 대한 환자의 질문에 성실히 상담해줄 것
- ④ 서울시 한의약 난임치료 지원 난임 환자 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것
- ⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질관리 모니터링에 협조할 것
 - 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것
 - 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 일부 제한적 공개도 가능
- ⑥ 치료확인서 및 치료비 청구서 작성 시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것
 - 치료 후 임신 성공 여부를 확인하여 치료확인서에 기재
(확인 시기: 치료 완료 후 3개월 이내)
 - 임신성공자의 임신 지속률 확인(임신 후 최소 3개월 이후 확인) 후 해당 보건소에 보고
- ⑦ 주소이전, 명칭 변경, 대표자 변경 등 변경사항 발생 시 반드시 소재지 자치구 보건소로 통보할 것
- ⑧ 지정조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 시 지정 기관에서 제외될 수 있음
- ⑨ 기타 서울시 사업의 변동 시에 시술비 청구 및 지정조건을 준수할 것