

一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	()	年 月 日	(歳)
妻	()	年 月 日	(歳)
住所(※1)	〒	電話 ()	
住所(※2)	〒	電話 ()	
申請者氏名 (夫) _____ (妻) _____		医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 _____ 円	
申請金額 金 _____ 円		_____ 円	
年 月 日		萩市長 あて	
過去に山口県内の他の市町から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。			
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことはない			
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことがある			
助成を受けた自治体			
助成を受けた時期		年 月	年 月
助成金額(円)			
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所	
	預金の種類	普通当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号		(右詰記入)
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類)1 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

注)保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。

2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類

(1ヶ月以内に発行されたもの)

3 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

4 住民票など住所を確認できるもの

(裏面)

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの助成限度が定められています。

山口県内の他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

一般

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

萩市長 あて

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住 所

名 称

代表者

電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受給者氏名	()	男 女	生年月日 年 月 日		
病 名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 ----- 年 月 日		
令和 年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
保険診療に要した総点数	点				
保険診療費被保険者負担(領収)額	円				
保険診療に係る検査・不妊治療の内容	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> その他 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> { { { { </div> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> { { { { </div>
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> { { { { </div>				
特記事項					

注) 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入する。

注) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。
(特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)

一般不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

萩市長 あて

(薬局)
住 所
名 称
薬剤師名
電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	()		男・女
患者生年月日	年 月 日		
処方せん 交付医療機関	医療機関名		
	所在地		
	医師名		
	交付年月日		
調剤内容	調剤年月日		
	薬剤名		
	投薬日数		
	領収金額	円	

一般不妊治療費助成事業請求書

金 _____ 円也

ただし、これは _____ 年 _____ 月 _____ 日付萩保健第 _____ 号で決定通知のあった
助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

萩市長 あて

住 所

氏 名