

様式第1号 記入例

不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) みよし市長

申請者 〒

住所

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

(日中に連絡がとれる電話番号)

主として治療を受けられる方を申請者にしてください。

申請書類の提出を確認させていただいてからの記入になります。空欄のままお持ちください。

みよし市不妊治療費の助成を申請します。

※太枠内をご記入いただき、該当する項目に☑を入れてください。

対象者	夫		妻	
(ふりがな) 氏名	()		()	
生年月日	年	月	日	年 月 日
住所(夫) ※夫婦で住所が別の場合に記入	〒 -			
住所(妻) ※夫婦で住所が別の場合に記入	〒 -			
加入医療保険(夫)	【種別】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () 【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 ()			
加入医療保険(妻)	【種別】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () 【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 ()			
振込先	金融機関名	銀行 (信用金庫・協同組合)		本店・支店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通		
	口座名義	(フリガナ) 口座名義 (フリガナ) ※申請者名と同じ		
<p>*質問にお答えください。</p> <p>①高額療養費・限度額適用認定証について、加入されている健康保険組合等に確認しましたか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>②付加給付金等について、加入されている健康保険組合等に確認しましたか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>				

上記申請者の口座をご記入ください。

この枠内は、記入しないでください。

職員記入欄

一般不妊治療		生殖補助医療		(承認・不承認) 決定年月日 (. .)
保険診療	保険外診療	保険診療	先進医療	
領収金額		領収金額		受付印
高額療養費・付加給付				
自己負担				
助成額 1/2	助成額 7/10			
一般助成額 合計上限10万		生殖助成額 合計上限20万		
支給決定額				

様式第2号 記入例

療費助成事業に関する同意書兼申告書

年 月 日

(宛先)みよし市長

対象者 (夫) 住所
氏名
(妻) 住所
氏名

申請書類の提出を確認させていただいてからの記入になります。空欄のままお持ちください。

ご夫婦各自で
ご署名ください。

私たちは、みよし市不妊治療費の助成に関する下記の事項について同意および申告します。

ご不明点は、
加入されている保険組合に
ご確認ください。

記

めに必要な次の事項について閲覧すること。
は十分注意し、プライバシーは厳守します。
婦であること等を確認します。
市内に住所を有すること等を確認します。
(3) 治療内容など・・・医療機関に照会する場合があります。

1. 高額療養費及び付加給付金の 該当はありましたか。	はい ・ いいえ
--------------------------------	----------

高額療養費・付加給付金等の支給について、支給があった場合は○を記入してください。
(支給が無ければ記載不要です。)

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月

2. 今回申請する治療費について、限度額適用認定証を使用した方は認定証区分に○を付けてください。(使用していなければ記載不要です。)

ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

※同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の本人負担額が高額になった場合、高額療養費の申請が必要です。ご不明な場合は、加入している健康保険組合等にご確認ください。

※助成金額から加入されている健康保険組合等によって、高額療養費や付加給付金等により助成された金額は除きます。

高額療養費・付加給付金等の支給があった場合、返還された金額が確認できる書類の写しの提出が必要です。(給付決定通知書や不妊治療費の本人負担額とそれ以外の診療分の本人負担額の詳細がわかるもの(様式は任意))

※本市より高額療養費等の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあります。

3. ご夫婦のどちらかが他市町村に住民票がある場合は、お住まいの自治体へ、受給状況を確認することがあります。

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療(調剤)費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名 生 年 月 日	夫		医療機関の名称及び所在地 主治医氏名
	妻		
治療の実施状況	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 先進医療() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 男性不妊の手術()	妊娠の有無 <input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り 妊娠判定日(年 月 日)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)

医療機関に記入をお願いしてください。
※なお、記入に日数を要することがあります。申請期限にご注意ください。

本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療(不妊検査・一般不妊治療・人工授精)				生殖補助医療(体外受精・顕微授精・男性不妊・先進医療)			
		医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)	保険診療分	保険外診療分(先進医療のみ)
年 3 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 4 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 5 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 6 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 7 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 8 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 9 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 10 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 11 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 12 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 1 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年 2 月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円
小計	①	②	③ 円	④	⑤	⑥	⑦		円

ご記入の際、ご不明な点がございましたら、ご連絡ください。

みよし市子ども相談課
電話:0561-76-5310

[治療にかかった金額合計]

領収金額 円

※各治療分の上記自己負担額①~⑧の合計額となります。

※注1 院外処方がある場合は、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※注2 文書料、個室料、食事代等の保険適用外の費用は含めないでください。

※注3 証明書に記載のない領収書は、助成金の支給対象外となります。