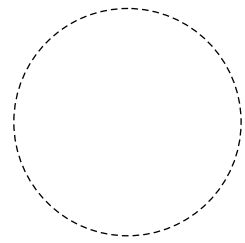


(様式第1)



# 東海市不妊治療費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 愛知県東海市長

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

受	付	検	収
		月	日

次のとおり証拠書類を添えて申請及び請求します。

対象者氏名									
受給者番号		生年月日							
助成期間		令和 年 3月 1日 から			令和 年 2月 末 まで				
加入医療保険	記号・番号								
	保険者名								
入院・入院外 の区別	入院・入院外	療期	養間	年	月	日から	年	月	日まで
医療費	自己負担額	円	—	高額療養費	円	=	円		
備考									
申請及び請求者	住所								
	氏名				電話番号 ( ) -				
振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 ( )	預金種目			口座番号			
	金融機関番号	店番号	1 普通預金 2 当座預金 ( )						
	フリガナ							対象者との続柄	
	口座名義人								

■ 医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか？

① ( はい ・ いいえ )

↓ ①が「はい」の場合②へ

② 認定証区分 ( ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ )

<不妊治療の診療月に、ご自身(不妊治療)の自己負担が2万1千円以上の場合はお答えください>

■ 上記、診療月において、ご自身(不妊治療以外の治療)または、同じ保険証をお使いのご家族様で、2万1千円以上の自己負担はしましたか？ ①が「はい」の場合②へ

① ( はい ・ いいえ ) → ②お名前 \_\_\_\_\_ (続柄: )

※家族合算等にて、高額療養費に該当する可能性があります。 お名前 \_\_\_\_\_ (続柄: )