（様式第１）

東海市不妊治療費助成金支給申請書兼請求書

請求金額は記入しない　　日付は記入しない

―――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	東海　花子			
受給者番号		生年月日	平成　2年　1月　1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	０００００１		
	保険者名	東海市国民健康保険		
入院・入院外の区別	入院・入院外	療養期間	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	東海市中央町一丁目一番地			
氏名	東海　花子	電話番号	（052）603 － 2211	

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（　）	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	トウカイ　ハナコ		対象者との続柄					
口座名義人	東海　花子		本人					

■ 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　（ はい ・ いいえ ）　→　②お名前　東海　花子　（続柄：本人）

※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　東海　太郎　（続柄：夫　）