

碧南市生殖補助医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

碧 南 市 長 殿

(〒 ー)

申請者 住所 碧南市

氏名

電話 ー

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費助成金の交付を申請します。

記

		申請回数： 回目	
対象者	氏名（ふりがな）	住 所	生年月日
夫	（ ）		年 月 日 （ 歳）
妻	（ ）		年 月 日 （ 歳）
婚姻年月		平成・令和 年 月	
加入医療保険（夫）		【保険者番号】（ ） 【区分】 本人・被扶養者 【保険組合等名称】（ ） 【記号】（ ） 【番号】（ ）	
加入医療保険（妻）		【保険者番号】（ ） 【区分】 本人・被扶養者 【保険組合等名称】（ ） 【記号】（ ） 【番号】（ ）	
今回の治療期間		年 月 日～ 年 月 日	
自己負担金合計額		円 (ア)	
		内訳	男性不妊を除く負担額 円
			男性不妊治療の負担額 円
今回申請する治療費について高額療養費、付加給付金の支給を受けましたか 受けていない・受けた → 高額療養費（ ）円 付加給付金（ ）円			(イ)
申請額 (ア)－(イ)		円	
医療 機関名	所 在 地		
	名 称		

【 裏面も必ずご記入ください。 】

碧南市生殖補助医療自己負担金額等確認書

1 自己負担額の内訳

	男性不妊を除く自己負担額	支給の有無※	男性不妊治療の自己負担額	支給の有無※
(ふりがな) 受診者氏名				
医療機関名				
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
小計	円		円	
合計	円 *			

* 交付申請書に記入した自己負担金額（ア）と同じ額であること。

※「高額療養費」・「付加給付金」等の支給があった場合は、○をご記入ください。

注) 先進医療を受けた時は、その際に医療保険が適用された入院基本料など一般の診療と共通する部分（基礎的部分）のみ助成対象となります。保険外診療分は申請できません。

2 令和4年4月1日以降に、生殖補助医療費の助成金を受けたことがありますか。

☐ ない

☐ ある → ①助成を受けた自治体名 () 市・町)
 ②助成を受けた回数 () 回受けた
 ③最終の助成を受けた時期(令和) 年 () 月頃

3 高額療養費制度の「限度額適用認定証」の交付を受けていますか。

☐ 受けていない → 限度額適用区分の分かる書類の提出が必要です。

☐ 受けている → 認定証の写しの提出も必要です。

受付印
(受理月日)