

■助成金等 書類申し込み書■

申し込み枚数

通

- 申請条件・申請期限など申請可能かのご確認はお済ですか？
- 書類作成に約2週間の作成期間を設けさせて頂いております。
- 郵送ご希望の場合は**レターパック**をご購入の上、ご持参下さい。
- お申込み後の内容変更や書類代金のご返金は致しかねます。

<クリニック記入欄>

TEL受付日	年	月	日 ()
窓口受付日	年	月	日 ()
書類代	受付/作成者		
未・月 日に請求済			

ID番号	名前	治療開始年齢 歳	TEL	申請書類内容	助成金の場合
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院	窓口にて受け取り希望 (受診予定日: 月 日)		<input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 通院証明書 <input type="checkbox"/> 支払い証明書 <input type="checkbox"/> 傷病手当金証明書	<input type="checkbox"/> 不妊検査(ペア助成) <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症検査/治療
	<input type="checkbox"/> 郵送	・クリニック名にて郵送致します。 ・万一紛失となった場合、当院では責任を負いかねます。 ●住所変更 無・登録住所以外へ郵送希望(下記へ記入下さい) ⇒ 〒			

申請先	都道府県	市町村	備考
申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ペア検査の場合	妻: 年 月 日 ~ 年 月 日	保険・自費	
	夫: 年 月 日 ~ 年 月 日	保険・自費	
不育症検査 不育症治療の場合	※助成対象となる検査内容・治療内容を下記へ記載下さい		保険 ・ 自費

R-F助成金申込み用紙240715