

## 助成金証明書・診断書等 書類申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

## 申込をされる前に以下✓の確認をお願いします

- ご加入の保険内容など申請可能か確認はお済みですか？
- 書類は申請枚数分のご準備はお済みですか？（申請される治療周期毎に必要なです）
- 助成金証明書は自治体により不定期に制度改正がある場合があります。ご申請毎に各自治体の制度を必ずご確認ください。
- ※広島県特定不妊治療支援事業の証明書を希望される方は、広島県HPにQ&A掲載がありますので概要と併せてご確認ください。
- 一度記入させて頂いた書類のお代金は返金いたしかねます。
- 図のない項目に関しては書類に記載致しかねます。
- 治療の該当のないものは図がついていても記載致しかねます。
- 本申込書は、ご来院時に受付へご提出ください。会計時のお預かりは致しかねます。
- 受診の予定がなく、郵送でのやり取りを希望する場合は必ず申込前にクリニックへお電話にてご連絡ください。

診察券番号		名前		生年月日	昭和・平成	年	月	日
-------	--	----	--	------	-------	---	---	---

書類名	申込枚数	費用
<input type="checkbox"/> ※助成金証明書（広島県特定不妊治療支援事業の申請をされる方は下記記載。他院治療歴含む） （ <input type="checkbox"/> 初回助成申請年齢 才 <input type="checkbox"/> 保険胚移植歴あり 保険胚移植残数： 回 <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 採卵～胚移植（判定日： / ） <input type="checkbox"/> 凍結胚移植（判定日： / ） <input type="checkbox"/> 採卵～胚凍結・胚移植できず（採卵日： / ）		5,500円/1通
<input type="checkbox"/> 医療保険診断書		5,500円/1通
<input type="checkbox"/> 支払い証明書（平成・令和 年分） 1年毎（期間:1/1～12/31） ※ご夫婦が必要な場合は申込枚数は2枚になります（必要な方： <input type="checkbox"/> 妻のみ <input type="checkbox"/> 夫のみ <input type="checkbox"/> 夫婦）		3,300円/1通
<input type="checkbox"/> その他（ ）		持参様式5,500円/1通

書類の作成には、申し込み完了日より約4週間程度かかります。	
お渡し方法	<input type="checkbox"/> 来院 作成完了後の通院日にお渡しします。 <input type="checkbox"/> 出来次第TEL 作成完了後、ご登録の電話番号にご連絡し直接受取来院となります。 <input type="checkbox"/> 郵送 ご希望の郵送方法をお選びください <input type="checkbox"/> 普通郵便（¥120） <input type="checkbox"/> レターパック（ <input type="checkbox"/> ¥370 <input type="checkbox"/> ¥520） <input type="checkbox"/> 本人持参封筒（切手貼付け要）

## ※医療保険診断書をご希望の方は以下へ記載希望内容をご記入ください

手術	治療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 自費診療	手術日 (診療明細をご確認ください)
<input type="checkbox"/> 流産手術				( 年 月 日 )
<input type="checkbox"/> 人工授精				( 年 月 日 )
<input type="checkbox"/> 採卵術	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精管理料			( 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養管理料			( 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> 胚凍結保存管理料			( 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> 胚移植術（新鮮胚移植）			( 年 月 日 )
<input type="checkbox"/> 胚移植術（凍結・融解胚移植）				( 年 月 日 )
<input type="checkbox"/> 先進医療（名称： ）				( 年 月 日 )
<input type="checkbox"/> その他（ ）				( 年 月 日 )

-----以下クリニック記載欄-----

申込件数	支払日	受付者	作成者	書類作成日	お渡し・郵送日
通	/			/	/