

助成金書類記入依頼用紙

※郵送でご依頼の方はこの用紙を手元に準備し03-3593-2121・ガイダンス3まで確認連絡を入れてください。
今回の申請について当てはまるものにチェックをしてください。

- ☐ 生殖補助医療+先進医療
- ☐ 先進医療のみ
- ☐ 生殖補助医療のみ
- ☐ 不妊検査（一般不妊治療）
- ☐ 不育症検査(検査日 /)
- ☐ その他

※注意事項です。確認・同意したら☑を入れてください。

- ☐ 氏名表記は当院のカルテ表記に沿って作成致します。変更希望の場合は依頼時にお申し出ください。
- ☐ 作成期間は1通につき約1ヶ月かかります、特に年度末などは混み合うので通常よりも時間がかかります。
いかなる場合でも急ぐことは出来かねます。進捗問い合わせも1ヶ月はお控えください。
- ☐ 書類返却は郵送のみとなります。当院登録住所（妻宛）へ送付となります。
- ☐ 預かり後はいかなる変更も承ることは出来ません、必ず申請先の要綱等ご確認の上ご依頼ください。
- ☐ 領収書添付が必要な自治体の方で日付確認希望の場合は依頼時のみ行います、後日は対応致しかねます。
- ☐ 作成料(5500円)はご依頼時に請求となります。支払い完了後のキャンセルや返金には応じかねます。

提出日	年 月 日	提出者氏名	
診察券番号		連絡先	(提出者本人・以外)

申請先

自治体名・企業名を正式名称でお書きください。

生殖補助医療の申請をする方は↓をご記入ください。(採卵周期が複数ある方は全ての採卵日を記入してください)

採卵日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
胚移植日	年 月 日 ・ 未移植で治療終了			
先進医療請求日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
先進医療技術名(※1)				

※1 当院で対象の先進医療 タイムラプス・IMSI・子宮内フローラ・ERA・EMMA,ALICE・ERPeak

前医治療の有無	あり ・ なし
保険生殖補助医療の有無についての確認 一般不妊治療や自費治療のみの方はなしに ○をお願いします。	ありの方は病院名(正式名称)をご記入ください。
保険移植制限回数	3回 ・ 6回

申請先の担当者に問合せをした方は担当者の部署名・名前と問合せ内容を記載してください。

病院記入欄

預かり日 作成料領収 通し番号 担当(受付) → 担当(医師)

済 ・ 未