

【保険適用分】

あさぎり町生殖補助医療費助成事業申請兼請求書

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者氏名 印

関係書類を添えて次のとおり、生殖補助医療費の助成を申請・請求します。  
 なお、担当課または関係機関が加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

申請及び請求	夫氏名	生年月日及び年齢		年 月 日 ( 歳)
	妻氏名	生年月日及び年齢		年 月 日 ( 歳)
	住所(夫)	夫と住所が異なる場合のみ記入		電話番号 (日中連絡がとれる番号)
	住所(妻)			
	町への1回目申請時の年齢及び町への申請回数	40歳未満 ・ 40歳以上 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 回 (○を付けて下さい)		
	出産によるリセット	有 無		
	加入医療保険(夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者		
	加入医療保険(妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者		
	高額療養費制度の該当 ※該当者は添付書類あり	なし	あり	(適用区分：ア・イ・ウ・エ・オ) (償還払い額： 円)
	加入医療保険の付加給付 ※該当者は添付書類あり	なし	あり	(給付額： 円)
	助成対象額	円 (領収金額から償還払い額及び給付額を控除した額)		
	町助成額	円 (※町記入欄)		
	申請者及び請求者 氏名 _____			
	振込口座	金融機関名	銀行・金庫・農協・信用組合	支店名 支所名
預金種別		普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義人	( )
口座番号		申請者及び請求者の口座に限ります (右詰めでご記入下さい)		

- (添付書類)
- あさぎり町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(第2号様式)
  - あさぎり町生殖補助医療費助成事業保険薬局等証明書(第3号様式)(該当者)
  - 当該生殖補助医療費に係る領収書及び明細書の写し
  - 被保険者証、受給資格者票加入者証及び組合員証の写し(裏面含む)
  - 高額療養費決定通知書の写しまたは限度額適用認定証等の写し(該当者)
  - 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し(該当者)
  - 町税を滞納していないことを証する書類(納税証明書等、治療当事者両人の書類)
  - あさぎり町不妊治療費助成事業事実婚関係に関する申立書(第7号様式)(該当者)
  - 治療当事者両人の戸籍謄本(戸籍全部事項証明)(該当者)
  - 振込希望先金融機関の通帳の写し
  - その他、町長が必要と認める書類
- (※2については保険薬局で投薬を受けた方のみ)  
 (※8と9については、事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦のみ)