

## 助成金証明書記入をご希望の方へ

↓ 助成金の振込先口座のご名義人となる方をお書きください

診察券番号

|       |                       |       |        |
|-------|-----------------------|-------|--------|
| フリガナ  |                       | フリガナ  |        |
| 申請者氏名 |                       | 配偶者氏名 |        |
| 生年月日  | S<br>H<br>T           | 生年月日  | S<br>H |
| 住所    | 年 月 日 ( 歳) 年 月 日 ( 歳) |       |        |

※郵送希望の場合のみご記入ください

1、申請対象となる日付はいつですか？ 採卵日 H 年 月 日 移植日 H 年 月 日

助成金の申請は胚移植後妊娠判定が出てからご提出ください。ただし胚移植がない場合は採卵後にご提出ください。

2、今回の助成金の申請先に該当するもの全てに☑して下さい  都道府県  市区町村

### 当院への提出書類

- 治療期間中の領収書のコピー
- 無記入の証明書
- 作成後、書類を郵送希望の場合は切手を貼った返信用封筒
- 本紙
- 自費診療分のみ提出
- 対象の場合のみ保険分も提出

- ・ 作成には2週間(1~3月は3週間)お時間をいただきます。
  - ・ 作成費用は一部につき1,000円(税別)です。
  - ・ 郵送での受取希望の場合は、事前に作成料のお支払いが必要です。
- 窓口にてお支払いいただくか、当院口座まで振り込みをお願いいたします。

振込先

三菱UFJ銀行 原宿支店(普通)3701409 ハラメディカルクリニックハラシオ

### 当院使用欄

|     |                                   |                                   |   |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 受付日 | 年                                 | 月                                 | 日 |
| お渡し | <input type="checkbox"/> 来院       | <input type="checkbox"/> 郵(封筒OK)  |   |
| 作成料 | <input type="checkbox"/> 1通1,000円 | <input type="checkbox"/> 2通2,000円 |   |
| ご連絡 | <input type="checkbox"/> 代済       | <input type="checkbox"/> 未収       |   |
|     | <input type="checkbox"/> 必要       | <input type="checkbox"/> 不要       |   |

| 受付者 | 作成者 | 確認者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |