

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	西暦 年 月 日 (歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒		

※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 年 月 日 移植日 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 治療期間中の領収書のコピー | <input type="checkbox"/> 自費診療分のみ提出 |
| <input type="checkbox"/> 無記入の証明書 | <input type="checkbox"/> 対象の場合のみ保険分も提出 |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 本紙 | |

- ・ 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1,080円です。
- ・ 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ストシオ

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1,080円	<input type="checkbox"/> 2通2,160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