

証 明 申 込 書

申込日 年 月 日

ふりがな
氏名

[診察券番号:] S・H 年 月 日

☐ **生命保険診断書** 所定用紙 1 枚 ¥ 7,700 (税込) + 別紙 (周期ごと) ¥ 3,300 (税込)

※証明申込書を記入の上、所定用紙と合わせて受付へ提出してください。

※必ず 1 周期ごとの申し込みです。また、手術を行った場合は手術ごとに申し込みとなりますのでご注意ください。

※人工授精は実施日から 1 年以内であればまとめて書くことも可能です。

保険会社

対象日 年 月 日 ~ 年 月 日

内容 採卵・培養料・凍結料・移植・人工授精

流産手術・ FT・子宮内膜ポリープ切除術 [その他] ()

先進医療希望 あり・なし

技術名

☐ **傷病手当金証明書** 1 通 ¥ 300 (税込)

労務不能期間 ~

☐ **紹介状** 1 通 ¥ 4,400 (税込)

転院先

☐ **その他証明書**

内容

◆受取方法 (申し込みより 1~2 週間かかります)

☐ **メール連絡後来院にて受取希望** ※予約システムに登録頂いているメールアドレスに連絡します。

☐ **ヤマトセキュリティ便にて郵送希望 (東北・関東・信越 ¥ 583 税込)**

住所 (建物名まで記載してください)

〒 電話番号

※郵送時病院名を出してもよろしいでしょうか はい・いいえ

なお、東北・関東・信越以外のご住所は郵送方法が異なります。受付へ申し出ください。

~連絡欄~	受付	領収	確認	連絡・発送	日付