不妊治療助成受診証明申込書（書類代¥2,200）

★申請ご希望の際は、書類申込書と医療機関記入用紙(様式第2号)を必ずご準備のうえ受付に提出ください

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妻 ふりがな 氏名 _____ [診察券番号: _____] S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

夫 ふりがな 氏名 _____ [診察券番号: _____] S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

○先進医療(保険適用の治療と一緒に実施している)※助成上限額満たない場合も申請可能

地域 _____

治療ステージ A・B・C・D・E・F・M AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精

保険移植回数 _____ 回目 実施した先進医療 _____

治療期間 _____ ~ _____ 先進医療実施日 _____

○生殖補助医療(宮城県外の方 または 治療費全て助成対象の自治体の方)

地域 _____ 1. 保険胚移植 _____ 回目 2. 自費胚移植 _____ 回目

治療ステージ A・B・C・D・E・F・M AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精

治療期間 _____ ~ _____ 実施した先進医療 _____

○一般不妊治療 ※居住する自治体が助成を行っているか確認の上お申し込みください

地域 _____ 治療期間 _____ ~ _____

治療内容: タイミング法 ・ 人工授精 ・ 薬物療法 ・ その他 _____

◆受取方法（申込みより1~2週間かかります）

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

ヤマトセキュリティ便にて郵送希望〔東北・関東・信越〕（¥583 税込み）

住所（建物名まで記入してください）

〒 _____ 電話番号 _____

※郵送時病院名を明記してもよろしいでしょうか はい ・ いいえ

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

~連絡欄~	受付	領収	確認	連絡・発送	日付