

草加市早期不妊治療費助成金交付申請書

記入要領

健康保険 家族(被保険者) 令和4年4月1日交付
 被保険者証 記号 *** 番号 ***** 枝番 02
 氏名 草加 夏子
 生年月日 平成**年**月**日 性別 女
 資格取得年月日 令和4年3月20日
 被保険者氏名 草加 春夫
 事業所名 (株)〇〇屋
 保険者番号 33333333
 保険者名称 〇〇健康保険組合〇〇支部印

区分:
 (1)令和4年3月31日以前に自費(保険適用外)で特定不妊治療を受けたご夫婦(埼玉県の不妊治療助成金の交付決定を受けたご夫婦)
 (2)令和4年4月1日以降に保険適用の生殖補助医療を受けたご夫婦は(2)に☑

草加市早期不妊治療費助成金交付申請書

令和 * 年 * 月 * 日

加入医療保険欄は保険診療を受けた方のみ、受診時点で加入していた保険証を記入

第1号様式(第6条関係)

草加市早期不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。また、助成金を草加市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認を行うこと並びに他の地方自治体、当該申請に係る医療機関並びに加入医療保険者に対し草加市が照会し、情報提供を受けることに同意します。

申請者:ご夫婦のうち、次の2点を参考に助成金を受け取る方を記入
 ①夫婦で住所が別々の方は草加市に住民票がある方
 ②一方が金融機関口座をお持ちでない方は、金融機関口座を持っている方の方

現住所:申請日現在の住所を記入

草加市に住民票がない方は住民票やマイナンバーカード表面等、住所が確認できる公的書類の写しを添付してください。

不妊治療期間は、夫又は妻の早い方の治療開始日から治療終了日を記入してください。

申請額は、夫と妻が支払った治療費用の合計額(10万円を超える場合は上限額の10万円)を記入してください。治療に直接係る費用以外(文書料、入院室料等)は対象外です。
 ・区分(1)の方は保険診療の費用は対象外です。
 ・区分(2)の方は保険外の費用(先進医療等)は対象外です。

| | | | | |
|--------|---|--|---|---|
| 区分 | <input type="checkbox"/> (1) 埼玉県不妊治療費助成事業等の初回申請に係る支給決定を受けた <input checked="" type="checkbox"/> (2) 申請者・配偶者とも過去に本助成金を受給したことはなく、かつ、初めて保険診療として生殖補助医療等(体外受精・顕微授精・男性不妊治療)を受けた | | | |
| 申請者 | ふりがな | そうか なつこ | 生年月日 | 平成**年 **月 **日 (** 歳) |
| | 氏名 | 草加 夏子 | 連絡先 | 電話・FAX 080-****-**** |
| | 現住所 | 〒340-0015 草加市 高砂1丁目1番1号 | 加入医療保険 | 記号 *** 番号 ***** 保険者番号 33333333 |
| | 加入医療保険 | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 保険者名 〇〇健康保険組合〇〇支部 | 高額療養費について | <input checked="" type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額通用認定証を使用 <input type="checkbox"/> 受給なし(高額療養費適用対象外) |
| 配偶者 | ふりがな | そうか はるお | 生年月日 | 昭和**年 **月 **日 (** 歳) |
| 氏名 | 草加 春夫 | 連絡先 | 電話・FAX 090-****-**** | |
| 現住所 | 〒340-0015 草加市 高砂1丁目1番1号 | 加入医療保険 | 記号 *** 番号 ***** 保険者番号 33333333 | |
| 加入医療保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 保険者名 〇〇健康保険組合〇〇支部 | 高額療養費について | <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額通用認定証を使用 <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし(高額療養費適用対象外) | |
| 不妊治療期間 | 令和4年4月1日 ~ 令和4年9月7日 | | | |
| 申請額 | 100,000 円 (千円未満切捨て) | | | |

高額療養費や付加給付金等の受給状況が不明な方は、それぞれ加入している健康保険に問い合わせてください。保険適用の治療を受けていない方は記入不要です。

加入医療保険欄は保険診療を受けた方のみ、受診時点で加入していた保険証を記入

※本枠内を記入してください。
 ※保険者とは、加入者に対し健康保険被保険者証等を交付し、保険料を徴収したり保険給付を行ったりする健康保険のことをいいます。健康保険被保険者証の交付を受けた加入者を被保険者といいます。

- [添付書類]
- (全員) 対象治療に係る領収書及び診療明細書
 - (区分(1)の人のみ) 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書(写し)
 - (区分(1)の人のみ) 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書(写し)
 - (区分(2)の人のみ) 草加市早期不妊治療費助成金対象不妊治療実施証明書(第2号様式)
 - (区分(2)の人のみ) 高額療養費等支給決定通知書の写し又は限度額通用認定証の写し。いずれ世帯合算がある場合等は加入医療保険が発行した高額療養費等の支給状況等に関する証明書
 - (区分(2)の人のみ) 付加給付等の支給がある場合は、その支給額がわかる書類
 - (夫婦で別居中の方・事実婚の方等) 婚姻関係を証明できる書類

健康保険 本人(被保険者) 令和3年12月1日交付
 被保険者証 記号 *** 番号 ***** 枝番 01
 氏名 草加 春夫
 生年月日 平成**年**月**日 性別 女
 資格取得年月日 令和3年11月1日
 事業所名 (株)〇〇屋
 保険者番号 33333333
 保険者名称 〇〇健康保険組合〇〇支部印