

■助成金等 書類申し込み書■

申込み 枚数	通
-----------	---

<クリニック記入欄>

TEL受付日	年 月 日 ( )
窓口受付日	年 月 日 ( )
書類代	受付/作成者
未・月 日に請求済	

注意点	<input type="checkbox"/> 書類作成に約2週間の作成期間を設けさせて頂いております。 <input type="checkbox"/> お申込み後の内容変更や書類代金のご返金は致しかねます。		
	ID番号	名前	
TEL			
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院	窓口にて受け取り希望 (受診予定日: 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 郵送ご希望時は <b>レターパック</b> をご購入の上、ご持参下さい。 ・クリニック名にて郵送致します。 ・万一紛失となった場合、当院では責任を負いかねます。 ●住所変更 無・登録住所以外へ郵送希望(下記へ記入下さい) ⇒ 〒	

申請書類内容	助成金の場合
<input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 通院証明書 <input type="checkbox"/> 支払い証明書 <input type="checkbox"/> 傷病手当金証明書	<input type="checkbox"/> 不妊検査(ペア助成) <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症検査/治療

申請先	都道府県	市町村	備考
申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ペア検査の場合	妻: 年 月 日 ~ 年 月 日	保険・自費	
	夫: 年 月 日 ~ 年 月 日	保険・自費	
不育症検査 不育症治療の場合	※助成対象となる検査内容・治療内容を下記へ記載下さい 保険 ・ 自費		