

# 秋田市特定不妊治療支援事業申請書 記入説明

※太枠線内にご記入ください

申請者	( ふりがな ) 氏 名	生 年 月 日 (申請時の年齢)			
夫	<p><b>&lt;限度額適用認定証の適用区分について&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療時点の適用区分を限度額適用認定証をもとに記入してください。</li> <li>・ マイナンバーカードを保険証として利用している場合、マイナポータルから適用区分を確認することができます。 (マイナポータルーその他のわたしの情報ー健康・医療ー健康保険証等情報)</li> <li>・ 1か月の自己負担額(医療機関・薬局等の合算)が上限額を超えた場合、健康保険から高額療養費が給付されます。</li> </ul>				
妻					
住所(1)					
住所(2)					
健康保険の 限度額適用 認定区分	<p>【保険診療で治療した場合】</p> <p><b>限度額適用認定証の適用区分(受診者ごとに、該当区分に○をしてください)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明</p>				
<b>保 険 診 療</b>	① 1回の治療費	自己負担額	円	<p>【①から②と③を控除した額 または治療区分毎の上限額の いずれか低い方】</p> <p>申請額</p> <p style="text-align: right;">円</p>	
	② 高額療養費の有無	有・無	金額		円
	③ 付加(附加)給付金の有無	有・無	金額		円
先進医療	1回の治療費	自己負担額	円	申請額	円
保険外診療	1回の治療費	自己負担額	円	申請額	円
<p><b>&lt;申請額について&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険診療の場合、高額療養費や付加(附加)給付金の有無をあらかじめ確認してください。</li> <li>・ 申請する治療内容の欄のみ記入してください。先進医療を申請する場合は、<u>保険診療の欄と先進医療の欄</u>を記入してください。</li> </ul> <p>※保険診療の場合 治療方法A B D Eは上限 90,000円、C Fは上限 30,000円。 男性不妊治療に対しては、治療方法Cを除き上乘せ上限 90,000円。</p> <p>※保険外診療の場合 治療方法A B D Eは上限 300,000円、C Fは上限 100,000円。</p> <p>※先進医療の場合 上限 100,000円。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">窓口に提出する日(郵送の場合は投函日)を記入してください。</p>					
過去の治療歴	有・無	医療機関名	回数		
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療歴	ない・ある	-----	----- 回		
過去の助成歴	有・無	自治体名	回数		
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療費助成歴	ない・ある	-----	年度 (----- 回)		
			年度 (----- 回)		
先進医療費助成歴	ない・ある		年度 (年度1回まで)		
<p>備考</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">令和3年度以前の助成歴(治療歴)は該当しません。</p>					

問合せ先：秋田市子ども健康課給付担当 TEL 8 8 3 - 1 1 7 2