

秋田市特定不妊治療支援事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

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	あきた たろう 秋田 太郎		1990年 4月 1日 (●歳)	
妻	あきた はなこ 秋田 花子		1990年 7月 1日 (●歳)	
住所(1)	〒(010 - 0976) 秋田市 八橋南一丁目8-3 日中連絡が取れる電話 090 (1234) 5678 (夫・妻)			
住所(2)	治療時点の適用区分を記入してください。 ・マイナ保険証を利用している場合：マイナポータルから確認 証明書[健康保険証] > 限度額適用認定証関連の情報 ・マイナ保険証を利用していない場合：「限度額適用認定証」又は適用区分が記載された「資格確認書」を参照			
健康保険の 限度額適用 区分	☐ 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ ☐ 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ			
保険 診療	①1回の治療費	自己負担額	区分毎の上限額のいずれか低い方	
	②高額療養費の有無	有・無	円	①-②-③の金額、 又は上限額の いずれか低い方の金額
	③付加(附加)給付金の有無	有・無	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
※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。 ※先進医療の場合 治療方法A B D Eは上限 300,000円、C Fは上限 100,000円。 ※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。 今回の治療期間の支払いに対する健康保険からの払戻がないか確認のうえ記入				
助成の適正を判断するために必要な場合は、関係機関への情報照会・提供および治療内容等の照会について 窓口提出する日(郵送の場合は投函日)を記入 ●年 ●月 ●日 (宛先) 秋 田 市 長				
過去の助成歴	分かる範囲で記入			
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(回) 助成を受けた自治体：□秋田市 □秋田市外()			
先進医療費助成歴	☐ ない ☐ ある 助成を受けた年度：(年度)			
備考				

健康保険 資格情報資料	有・無()	通算 回数	治療 方法	先進 医療	有・無
申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 不承認	
受給者番号	—	助成金決定額	円		