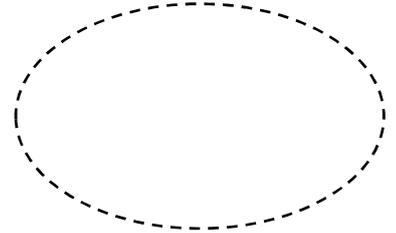


半田市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

請求金額は記入しない

日付は記入しない

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---



次のとおり証明書類を添えて申請及び請求します。

申請者氏名	半田 花子		生年月日	平成 2年 1月 1日	
住所	(〒 475 - 8666)		電話番号	0569 - 21 - 3111	
	半田市東洋町2-1		Eメール	boshihoken@city.handa.lg.jp	
助成期間	令和 年 3月 1日 から 令和 年 2月 末 まで				
加入医療保険	(記号・番号) 000001		(保険者名) 半田市国民健康保険		
申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input checked="" type="checkbox"/> 生殖	療養期間	年 月 日から		
(一般の申請年数)	<input checked="" type="checkbox"/> 1年目 <input type="checkbox"/> 2年目		年 月 日まで		
医療費	自己負担額 円 - 高額療養費 円 = 円				
振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行・農協 信用金庫	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	預金種目	口座番号	
	金融機関番号	店番号	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金 <input type="checkbox"/> 2 当座預金		
	フリガナ	ハンダ ハナコ		申請者との続柄	
	口座名義人	半田 花子		本人	
<p>■ 医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか？</p> <p>① (はい) いいえ) ↓ ①が「はい」の場合②へ</p> <p>② 認定証区分 (ア・イ・ウ・エ・オ)</p> <p><不妊治療の診療月に、ご自身(不妊治療)の自己負担が2万1千円以上の場合はお答えください></p>			<p>妊娠・治療継続 中止・転出・その他</p>		
<p>■ 上記、助成期間内の診療月において、ご自身(不妊治療以外の治療)または、同じ保険証をお使いのご家族様で、1か月あたり2万1千円以上の自己負担はしましたか？ ①が「はい」の場合②へ</p> <p>① (はい)・いいえ) →</p>					
<p>※家族合算等にて、高額療養費に該当する可能性があります。</p>			<p>②お名前 半田 花子 (続柄: 本人) お名前 半田 太郎 (続柄: 夫)</p>		