

「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の記入申込書

年 月 日 受付

妊娠判定日後、お申し込みを受付します。お申し込み後、10日ほどかかります。文書料は¥2,160です。

※申請条件、内容等は各自治体により異なります。

まずは、最寄りの保健所または市町村役場等へご確認の上、証明書作成の申請をしてください。

太枠の中をご記入下さい

カルテNO.	夫		妻	
ふりがな				
氏名	夫		妻	
生年月日	夫	S・H 年 月 日 (歳)	妻	S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒 TEL ()			
治療内容	治療開始日	年 月 日		
	採卵日	年 月 日		
	移植日	年 月 日		
	妊娠判定日	年 月 日		

※受付記入欄

お渡し方法	次回窓口 ・ 郵送 (上記住所宛 ・ その他 ・ 振込用紙同封)		
文書料	未	・	済 (備考)