

不妊検査

不育症検査

助成金

受診等証明書 記入依頼用紙

ご提出日：西暦 年 月 日

診察券番号：

氏名：

◆ ①～③にチェックおよびご記入の上ご提出お願いいたします。

① 申請書類（該当箇所にチェックをお願いします）

不妊検査 助成金

不育症検査 助成金

（特定不妊治療助成金記入依頼用紙は別紙となります）

計 通

② 申請先（該当するいずれか一箇所にチェックおよび記入をお願いします）

() 都・道・府・県

() 市・区・町・村

企業名 ()

③ 確認事項

申請先自治体の対象要件を確認しました。

◆ ご記入ありがとうございました。

・揃えていただいた書類は、総合受付にご提出お願いいたします。

・書類作成費は 5500 円となります。返金いたしかねますので、ご不明な点は各自治体にご確認のうえ
ご提出ください。尚、費用のお支払いは書類お渡し時となります。

※ 作成に 1 カ月ほどかかる場合がございますので、お早めに申請をお願いいたします。

※ 書類のお受け取りのみの場合は、提出後 1 カ月以降に予約項目『書類のみ』でご予約いただき、
診療時間内にご来院ください。



病院記入欄

上限確認	合計	担当	追記事項
	通		