

ご提出日：西暦

年

月

日

診察券番号：

氏名：

1 申請先 〈該当する項目にチェックをし、申請先をご記入ください〉

 助成金（ ） その他（ ）

2 申請する先進医療 〈該当する項目にチェックをし、実施日をご記入ください〉

 タイムラプス（ 年 月 日） ERA 検査（ 年 月 日） ERPeak検査（ 年 月 日） SEET 法（ 年 月 日） 2 段階胚移植法（ 年 月 日） ALICE 検査（ 年 月 日） EMMA/ALICE 検査（ 年 月 日） EM スクラッチ（ 年 月 日） 子宮内膜フロー検査（ 年 月 日）

追記事項（ ）

3 確認事項 〈当院へ提出前にご確認ください〉

 保険適用で診療を行っている。（自費診療の場合は対象外） ご自身が助成対象である。 助成上限回数を超えていない。 当院の判断で申請対象外の金額を省いて作成することに同意する。 申請額が上限に達していない場合でも、作成に同意する。 書類作成費 5500 円がかかるが、いかなる場合でも返金できないことに同意する。

※申請対象であるかの確認は、直接申請先の自治体にご確認ください。当院より自治体への確認はいたしておりません。

4 提出

 各自治体発行の医療機関記入用紙 申請先に領収書の提出 なし あり（当院に書類提出時、領収書コピーもご提出ください）

※ 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。

◆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お預けください。

病院記入欄

担当	追記事項