

秋田市特定不妊治療支援事業申請書 記入説明

※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	<p><限度額適用区分について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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適用区分を確認することができます。 (マイナポータルーその他のわたしの情報ー健康・医療ー健康保険証等情報) ・マイナ保険証を利用していない場合、「限度額適用認定証」または適用区分が記載された「資格確認書」をご参照ください。 <p>※1か月の自己負担額(医療機関・薬局等の合算)が上限額を超えた場合、健康保険から高額療養費が給付されます。</p>				
妻					
住所(1)					
住所(2)					
健康保険の 限度額適用 区分	<p>【保険診療で治療した場合】</p> <p>限度額適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ</p>				
保険 診療	① 1回の治療費	自己負担額	円	<p>【①から②と③を控除した額 または治療区分毎の上限額の いずれか低い方】</p> <p>申請額</p> <p style="text-align: right;">円</p>	
	② 高額療養費の有無	有・無	金額		円
	③ 付加(附加)給付金の有無	有・無	金額		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
<p><申請額について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険診療の場合、高額療養費や付加(附加)給付金の有無をあらかじめ確認してください。 ・申請する治療内容の欄のみ記入してください。先進医療を申請する場合は、<u>保険診療の欄と先進医療の欄</u>を記入してください。 <p>※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。 男性不妊治療に対しては、治療方法Cを除き上乘せ上限 90,000円。</p> <p>※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。</p> <p>※先進医療の場合 上限 100,000円。</p>					
年 月 日		<p>窓口に提出する日(郵送の場合は投函日)を記入してください。</p>			
過去の治療歴	有・無	医療機関名	回数		
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療歴	ない・ある	-----	回 回		
過去の助成歴	有・無	自治体名	回数		
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	-----	年度 (回) 年度 (回)		
先進医療費助成歴	ない・ある	-----	年度 (年度1回まで)		
備考	<p>令和3年度以前の助成歴(治療歴)は該当しません。</p>				

問合せ先：秋田市子ども健康課給付担当 TEL 883-1172