

★注意！！一般不妊治療の場合は、助成対象となる治療期間（連続した12か月間）に一度しか申請できなくなりました。

治療がすべて終了していることを確認して、申請してください。

（記載不要） 年 月 日

北上市長 様

①

申請者 住 所 北上市芳町1-1
氏 名 北上 太郎
電 話 000000000000
生年月日 昭和60年 5 月 5 日
配偶者 氏 名 北上 花子
生年月日 昭和58年 3 月 3 日

北上市（一般・特定）不妊治療費助成申請書兼請求書

不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

北上市不妊治療費助成のため、本申請に係る内容について市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

申 請 額	円	
今回の申請にかかる治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
助 成 対 象 期 間 (一般不妊治療の場合のみ記入)	・助成対象期間 年 月から12か月 ・助成済額	
② 過去の助成の有無	・ない ・ある→ () 回 自治体名 ()	
③ 加入医療保険 ※高額療養費等の支払いを受けた対象者のもの	【保険者名】	協会けんぽ
	【記号番号】	●●●●-●●
④ 配偶者の住所 (申請者と住所が異なる場合に記入)		
⑤ 治療した医療機関	病院名	岩手医科大学附属病院内丸メディカルセンター
	住所	盛岡市内丸19-1
助成金の振込先	口座名義人(カナ)	北上 太郎
	振込先	金融機関名 支店 口座 普通 口座番号 北上銀行 芳町支店 普通 ●●●●●●

※市記入欄

医療費総額	★記載時の注意事項（赤枠部分をペン書き） ① 申請者＝夫婦どちらかを記載する ② 鉛筆で記載（窓口で口頭確認します。） ③ 健康保険証等を元に記載する ④ 夫婦で住所が異なる場合記載する（ペン書き可） ⑤ 複数医療機関の場合は列挙する 振込先は申請者と一致させる
高額療養費等給付額	
助成額	
備考	
・治療を行った医療機関 ・加入医療保険は記入 ・この申請書は、交付 ・一般不妊治療、特定 ・保険者へ高額療養費	