

新潟市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者(受診者)

住 所 新潟市

氏 名

関係書類を添えて不妊治療費の助成を申請します。

新潟市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、治療状況に関して実施医療機関に照会すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答することに同意します。

助成金給付後に、他の助成(高額療養費・付加給付等)を受けていることが判明した場合は、納期限までに助成金の全部又は一部を返還することに同意します。

年度	年度 (受診証明書の「年度」と同じ年度を記載)					
申請の種類	受診証明書の「不妊治療の内容」を参照し、以下の該当するもの全てにチェックしてください <input type="checkbox"/> 一般不妊治療(タイミング法・排卵誘発法・人工授精) <input type="checkbox"/> 生殖補助医療(体外受精・顕微授精・融解胚移植・男性不妊治療) <input type="checkbox"/> 先進医療(保険診療と併用)					
交付申請額	ア 保険診療 _____円(保険薬局分含む自己負担額:受診証明書アの金額) イ 先進医療 _____円(保険薬局分含む自己負担額:受診証明書イの金額) 交付申請額 アの1/2(上限4万円) _____円 イの1/2(上限3万円) _____円 (アの1/2、イの1/2の合計) _____円					
受診者本人	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日		
	住所	〒				
	加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
		保険者名	(〇〇健康保険組合など)			
メールアドレス(必須)			電話番号			
配偶者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 ※住所は受診者と異なる場合のみ記載				
高額療養費や付加給付の有無	高額療養費	<input type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給無し				
	付加給付	<input type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給無し(加入医療保険に付加給付の制度が無い場合を含む)				
振込先(申請者本人の口座に限る)	金融機関名	銀行・信用組合 本店 農協・信用金庫 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号(左詰記入)			(ふりがな) 口座名義人	( )	

※振込先の口座情報が確認できる書類を提出してください。(金融機関名、支店名・口座番号・口座名義人)

※新潟市で確認できない場合は、証明書類(住民票の写しや戸籍謄本等)の提出が必要です。

**【添付書類の説明等を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】**

【注意事項】

1 申請の種類

受診証明書に記載された不妊治療の内容から、該当するものにチェックしてください。

2 交付申請額

対象となる治療に要した医療費の自己負担額の1/2を助成します。アとイには、受診証明書に記載された自己負担額を記載し、交付申請額に1/2の額を記載してください。

ア 保険診療分の自己負担額：対象者1人に対して1年度あたり上限4万円（保険薬局分含む）

イ 先進医療に係る自己負担額：対象者1人に対して1年度あたり上限3万円（保険薬局分含む）

3 受診証明書

保険薬局で投薬を受けた費用（院外処方の薬代）に対する助成を希望する場合は、医療機関の証明書とは別に保険薬局からの証明書を提出してください。保険薬局の受診証明書のみでの申請はできません。

4 事実婚関係に関する提出書類（事実婚の方のみ）

事実婚関係に関する申立書と兩人それぞれの戸籍謄本を提出してください。

5 高額療養費や付加給付の給付額等が記載された関係書類の写し

加入している医療保険（以下「保険者」といいます。）から、今回申請する不妊治療に対して高額療養費の支給や付加給付を受けられた（受けられる）方は、提出してください。

※助成金交付後に高額療養費や付加給付の受給が判明した場合は、助成金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

6 「新潟市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること」に同意いただけない場合は、申請書表面の該当部分に二重線を引いてください。その場合、別途資料の提出が必要となりますので、ご了承ください。

<高額療養費・付加給付とは>

高額療養費：医療機関や保険薬局の窓口で支払った自己負担額が、暦月（1日から末日まで）で自己負担額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度

付加給付：自己負担額が高額になった場合に、高額療養費とは別に、各保険者が定めた基準に従って独自に行われる給付

高額療養費及び付加給付については、自動支給される場合や申請手続きが必要な場合など保険者によって支給方法が異なるため、加入している保険者にお問い合わせください。

※この欄は、新潟市で使用しますので、記入しないでください。

要件 確認	<input type="checkbox"/> 市内在住	<input type="checkbox"/> 法律婚	<input type="checkbox"/> 事実婚（事実婚申立書あり）	確認者	
支給 確認	高額療養費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	付加給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			