

東京都 先進医療 専用

助成金書類 記入依頼用紙

※お手数ですが、助成金申請1部につき1枚(①～⑥)ご記入ください。

①ご提出日	西暦 年 月 日	②妻診察券番号	
-------	----------	---------	--

③フリガナ		③フリガナ	
③妻氏名		③夫氏名	
③妻生年月日	西暦 年 月 日	③夫生年月日	西暦 年 月 日

※証明書に記載を希望する字体でご記入ください。(例: 齋・恵・澤 等)

④【申請期限】	西暦 年 月 日	締切
---------	----------	----

※申請期限が近い場合、期限までに作成が間に合わない可能性もございますので、あらかじめ自治体へご確認をお願いいたします。

⑤ 申請を希望する治療周期をご記入ください。

(採卵周期が複数ある場合は、全ての施術日をご記入ください)

医院側
記入欄

採卵	西暦 年 月 日/西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
胚移植	西暦 年 月 日 ※移植された方は判定日後にご依頼ください	

⑥ 【先進医療】 (上記記載の採卵・移植に対する先進医療をご記入ください)



※保険診療と併せて行った先進医療※

医院側
記入欄

	タイムラプス撮像法	採卵日	西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
	強拡大顕微鏡による形態良好精子選別 (IMSI)	採卵日	西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
	子宮内膜受容能検査 (ERA)	実施日	西暦 年 月 日	
	子宮内細菌叢検査 (EMMA・ALICE)	実施日	西暦 年 月 日	
	膜構造を用いた生理学的精子選択術	採卵日	西暦 年 月 日/西暦 年 月 日	
	その他	実施した治療名:	西暦 年 月 日	

◆ご提出いただく内容◆

- 記入依頼用紙 (①～⑥の項目に記入漏れがないことをご確認ください)
- お届け先のご住所・宛名・お電話番号を記入したラベル ※複数部申請の場合は1枚のみご提出ください

◆お支払いについて◆

請求金額確定時点で、KLCアプリ会計をご登録済の方は、アプリ内での決済となります。
※請求金額確定時にKLCアプリ会計のご登録をされていない方は、請求書を郵送させていただきます。

- 揃えていただいた書類は、4階総合受付にお預けいただくか、郵送にて当院の「助成金係」宛にお送りください。
- 助成内容等の不明点・ご質問は、事前に自治体にお問い合わせください。
- 通常2週間ほどで返送いたしますが、書類に不備があった場合や、年度末は、通常よりお時間をいただく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。

医院記入欄

受領者印		合計	通
------	--	----	---