

岡山県不育症検査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

「不育症検査費用助成検査に係る受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

承認決定後は、当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

(太枠内をご記入ください。)

申請者	ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日
	氏名				平成	年	月	日
	住所	〒		電話番号 ※屋間の連絡先				
申請額	金 _____ 円		【例1】領収金額が 85,000 円の場合 領収金額×0.7に相当する額は 85,500×0.7=59,850 千円未満切り捨てのため、申請金額欄に 59,000 円と記入する。 【例2】領収金額が 85,715 円以上の場合 領収金額×0.7に相当する額(千円未満切り捨て)が 60,000 円以上になるため、申請金額欄に 60,000 円と記入する。 ※領収金額×0.7に相当する額(千円未満切り捨て) ただし、上限額 60,000 円					
振込先 (申請者名義の口座)	金融機関名	銀行・農協 金庫・信組			本店 支店 出張所	金融機関コード		店舗コード
	預金種別	1 普通 2 当座	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者名義であること	( )				
	口座番号							(右詰めで記入し、空欄には0を記入)

- 次の書類を添付してください。
  - 不育検査費用助成事業に係る受検証明書 (医療機関に記載してもらったもの)
  - 申請者の住民票の写し (原本) (発行から 3 か月以内のもので前住所の記載があるもの)
  - 医療機関が発行する領収書及び明細書のコピー
  - 振込先口座の通帳の写し (口座番号・口座名義人・銀行本支店コード等が記載されているページ)

検査結果等を国へ報告することに関する説明

国において当該検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、県は「不育検査費用助成事業に係る受検証明書」に記載の検査結果等の内容を国へ報告することとされています。県から国へ報告する内容に個人名、実施医療機関名はなく、報告内容は統計的に処理され、個人が特定されることはありません。

※担当課記入欄

申請受理年月日	令和 年 月 日
決定年月日等	令和 年 月 日 承認 ・ 不承認
受給者番号	

◎注意事項

- 1 この申請書を利用して申請できるのは、申請日において、岡山県（岡山市、倉敷市を除く）に住所を有する方です。  
岡山市、倉敷市在住の方は、下記の各保健所へお問い合わせください。  
岡山市保健所健康づくり課（電話）086-803-1264  
倉敷市保健所健康づくり課（電話）086-434-9820
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座に限ります。  
金融機関名、支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。  
預金種別、口座名義人のフリガナは必ず記載してください。
- 3 助成の可否は、岡山県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる費用は、先進医療として告示された不育症検査に要した費用のうち、先進医療部分（保険適用外）です。診察料、入院室料（差額ベッド代）、食事療養費、文書料等の検査に直接関係のない費用は対象外です。
- 5 医療機関によっては、「不育検査費用助成事業に係る受検証明書」の発行に文書料等の費用がかかる場合があります。その費用は自己負担となります。
- 6 申請書等は郵送でお送りください。差出、配達記録が残る特定記録郵便等のご利用をお勧めします。

【郵送先（提出先）】

〒700-8570

岡山市北区内山下2-4-6

岡山県健康推進課 母子・歯科保健班

【問合せ先】

岡山県健康推進課 母子・歯科保健班

電話 086-226-7329