

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

## 不妊治療助成金請求書

治療を受けた者	氏名							
	1 互助組員      2 互助組員の配偶者      (いずれかを○で囲んでください)							

治療期間	年      月      日 ~      年      月      日
------	--

医療機関名	
-------	--

過去の請求歴	回 (夫婦で通算3回まで請求できます。)
--------	----------------------

※ 両方互助組員の場合は、必ず記入してください。							
不妊治療助成金を請求しない組員の所属名・氏名	所属番号						所属名
	職員番号						氏名

上記のとおり、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の19の規定による不妊治療助成金を請求します。

年      月      日

所属番号						
職員番号						

所 属 名

組 員 氏 名

Ⓜ

住 所 〒 (      -      )

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

<p>※当該不妊治療において、医療保険が全部又は一部適用される場合は、助成金の対象となりません。</p> <p>※不妊治療（医療保険適用外）受診証明書（別記様式（様式第20号関係））を添付してください。</p>	互助組合受付印