

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

受診者	氏名	
	氏名	

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

医療機関名	
-------	--

過去の請求歴	回（同一配偶者間で通算3回まで請求できます。）
--------	-------------------------

※ 両方互助組合員の場合は、必ず記入してください。

不妊治療助成金を請求しない組合員の所属名等	所属番号							所属名	
	職員番号								

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

組合員氏名

⑩

住所 〒 (      -      )

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

互助組合受付印

(注1) 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。

(注2) 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。