様式第20号

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　　㊞

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。**	

2024（令和6）年度　　改定