

# 特定不妊治療費補助申請書

常務理事	事務長	担当

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合殿

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の補助を申請します。  
 なお、自治体、指定医療機関、調剤薬局等とポーラ・オルビスグループ健康保険組合の間において、特定不妊治療補助事業に関することについて問合せを行うことに同意します。

保険証の記号番号	—	申請日	年	月	日
被保険者氏名	印	生年月日	年	月	日
配偶者氏名		生年月日	年	月	日
被保険者自宅住所	〒				
被保険者勤務先名			所属部署名		
健保申請回数	初回 又は _____回目	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
連絡・問合せ先 4つの( )で希望するものに○を記載	電話	( )個人の電話:		( )職場の電話:	
	メール	( )会社のPONAVIのメール可。 ( )個人のアドレス:			
振込先被保険者口座名義	信用金庫 銀行				本店 支店
	口座種別	普通	口座番号	口座名義	カカナ
今回の特定不妊治療に対し自治体等からの助成について	□ 無	□ 所得制限を超えているため			
		□ その他( )			
	□ 有	自治体等助成申請日	年	月	日
		助成を受けた自治体等の名称 都 道 府 県 市			
会社の福利厚生制度により補助を受けた額	補助を受けた額	円			
	補助の合計額	円			

受付印

**【添付書類】**

- 特定不妊治療受診等証明書(健保様式または自治体様式)
- 指定医療機関発行の領収書(原本)・・・返却を希望する場合はその旨記載してください。  
健保補助実施印を押印し返却します。
- 院外処方がある場合は調剤薬局発行の領収書(原本)・・・返却については同上。
- 戸籍謄本(原本又は写)
- 外国籍の場合は外国人登録原票記載事項証明書(原本又は写)・・・3ヶ月以内に発行されたもの

**【組合処理欄】**

支給決定額
円