

不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

高知県知事様

高知県不育症検査費用助成事業実施要綱第5条第1号の規定により関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。
また、この申請の審査に係る関係機関への照会及び情報提供に同意します。

記

(注)太線の中をご記入ください。

申請者	(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 (-)		電話番号	()		
申請金額		金 _____ 円 ※申請金額は、不育症検査にかかった金額の合計額(先進医療部分に限る)に0.7を乗じた額(千円未満切り捨て)と6万円のいずれか少ない方の金額をご記入ください。					
振込先	金融機関名	※申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所					
	預金種別	普通当座	口座番号 (7桁 右詰め)				口座名義人 (※カナ書き)
受検証明書に記載された検査結果等の提出		<input type="checkbox"/> 不育症検査費用助成事業受検証明書(第2号様式)に記載された検査結果等について国へ提出することに同意します。 <input type="checkbox"/> 当該検査結果等について、国が集約、分析等を行い、施策の検討に活用することに同意します。 (該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					※裏面に説明あり

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

【添付書類】

- ① 不育症検査費用助成事業受検証明書(第2号様式)
- ② 医療機関が発行した助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書
- ③ 申請者の住民票(発行から3か月以内のもの)

福祉保健所受付印

検査結果等について行政への報告を行うことに関する説明書

1 報告の目的

厚生労働省では、本検査費用の助成を受けようとする方の不育症検査結果等について、都道府県等を通じた報告の協力を求めています。

これを集計し、分析することにより、厚生労働省は今後の当該検査の保険適用に向けた検討等に活用することができます。

2 報告の内容・方法

高知県から、不育症検査費用助成事業受検証明書（第2号様式）の内容を厚生労働省に報告します。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。