

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	互助 花子
	氏名	

治療期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
------	-------------------------

医療機関名	互助クリニック
-------	---------

過去の請求歴	0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。

請求初回なら、0

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

職員番号

所属名

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属番号	7	6	5	4	3	2
職員番号	2	3	4	5	6	7

所属名 鹿児島市立互助小学校

組合員氏名 互助 太郎

住所 〒(891-1234)

鹿児島市互助町123-45



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。