医療保険組合等への照会同意及び申請要件等確認書

年　　月　　日

蕨市長　あて

夫氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妻氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

早期不妊治療費助成金交付額の決定のため、加入している医療保険組合等に照会することに同意します。
また、以下の申請要件等（確認事項）について相違ないことを誓約致します。

確認事項	**申請要件について　※確認して☑をお願い致します。** □保険適用なしで助成対象の不妊治療を受けたことがなく、かつ保険診療にて、助成対象の不妊治療を初めて受けた夫婦（事実婚関係にある方を含む。以下同様。）である。 □助成対象となる初回不妊治療開始時の妻の年齢が 35 歳未満の夫婦である。 □夫婦の双方、または一方が蕨市内に住民登録がある。 □他の自治体で、同様の助成金等（令和３年度までの保険適用なしでの治療費の助成含む）の交付を受けていない。
	高額療養費の受給状況　※該当に☑及び記入をお願い致します。 □受給あり　→　医療保険組合等からの受給額［　　］円 □受給なし
	付加給付金の受給状況　※該当に☑及び記入をお願い致します。 □受給あり　→　医療保険組合等からの受給額［　　］円 □受給なし □加入している医療保険組合等において制度なし

加入の医療保険について　※該当に☑及び記入をお願い致します。

夫	氏名	医療保険組合等の名称	□被保険者本人	□被扶養者
		保険者番号	記号	番号
妻	氏名	医療保険組合等の名称	□被保険者本人	□被扶養者
		保険者番号	記号	番号