

|                       |                    |            |   |      |     |    |
|-----------------------|--------------------|------------|---|------|-----|----|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支 給 額<br>(上限：40万円) | 支払総額       | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|                       |                    | (うち対象外の金額) | 円 |      |     |    |
|                       |                    | 補助対象額      | 円 |      |     |    |

卵子凍結補助金支給申請書

|                                    |                                                                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 記入日                                | 年 月 日                                                                                                   |             |             | 卵子凍結補助金の受給実績 |                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 0回（今回が初） <input type="checkbox"/> 1回以上                                                                                                                                            |          |
| 被保険者証<br>記号・番号                     | 記号                                                                                                      | 番号          | 被保険者<br>氏 名 | フリガナ         |                                                                                                                                                     | 生<br>年<br>月<br>日                                                                                                                                                                                           | 年 月 日    |
|                                    |                                                                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| 被保険者<br>住所等                        | 〒<br><br>電話 ( )                                                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| 凍結用卵子<br>を採取した<br>医療機関             | 名称                                                                                                      |             |             |              |                                                                                                                                                     | 凍結用卵子の採取をした医療機関は<br>Grace Bank（グレイスバンク）の<br>提携クリニックですか？                                                                                                                                                    |          |
|                                    | 所在地                                                                                                     |             |             |              |                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                   |          |
| 初回採卵日<br>(※)                       | 年 月 日                                                                                                   |             |             | 初回採卵日時点の満年齢  |                                                                                                                                                     | 初回採卵日時点で有効な被保険者資格の取得日                                                                                                                                                                                      |          |
|                                    | ※今回の卵子凍結で凍結用卵子を実際に採取した最初の日のこと。                                                                          |             |             | 満 歳          |                                                                                                                                                     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |          |
| 卵子凍結を<br>行った理由                     | ↓該当する項目に○を記入してください。なお、卵子凍結補助金は①を理由とし、かつ未授精の卵子の凍結をした場合に限り支給します。                                          |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | ①将来の妊娠への備え（社会的適応による卵子凍結）                                                                                |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | ②がんまたは再生不良性貧血などの非がん疾患の発病に伴う妊孕性の温存（医学的適応による卵子凍結）                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | ③上記以外（不妊治療など）                                                                                           |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| (A) 医療機関に支払った卵子凍結<br>費用の総額         |                                                                                                         |             |             | 円            | B<br>やC<br>に<br>該<br>当<br>す<br>る<br>も<br>の<br>が<br>無<br>い<br>場<br>合<br>は<br>該<br>当<br>す<br>る<br>記<br>入<br>を<br>し<br>な<br>い<br>で<br>お<br>し<br>よ<br>う | 下記の支出は、医療機関が定めたパッケージプランに他の<br>費目と不可分な形で含まれている場合を除き、卵子凍結補<br>助金の対象外（左記のB）です。                                                                                                                                |          |
| (B) (A)のうち卵子凍結補助金の<br>対象にならない費用の総額 | —                                                                                                       |             |             | 円            |                                                                                                                                                     | 診断書等の書類作成や証明の手数料、予約・キャンセル<br>料、保険診療の一部負担、健康診断・がん検診の受診料、<br>予防接種費、交通費、通信費、飲食代、宿泊代、被服・日<br>用品費、支払手数料、ローン等の利息、任意のカウンセリ<br>ング代、凍結後の卵子保管サービス（グレイスバンク含<br>む）の料金、凍結卵子融解料、不妊治療・体外授精の費<br>用、その他卵子凍結補助金の趣旨目的に合致しないもの |          |
| (C) 地方自治体による公的な<br>助成金の支給額         | —                                                                                                       |             |             | 円            |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| (D) (A)－(B)－(C)の結果                 |                                                                                                         |             |             | 円            |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| 補助金振込先                             | ※卵子凍結補助金は事業主（会社）を通じて被保険者に支払います。ただし、会社退職後の申請など特に事情がある場合は個人口座に直<br>接振り込みますので、以下の「振込先金融機関」欄に必要事項を記入してください。 |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | 振込先金融機関                                                                                                 |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | 金融機関名                                                                                                   | 金融機関コード ( ) |             |              | 銀行<br>信金<br>信組                                                                                                                                      | 支店番号 ( )                                                                                                                                                                                                   | 本店<br>支店 |
|                                    |                                                                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    | 口座情報                                                                                                    | 種別          | 普通 ・ 当座     |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    |                                                                                                         | 口座番号        |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
|                                    |                                                                                                         | フリガナ        |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |
| 口座名義                               |                                                                                                         |             |             |              |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |          |

|                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 【卵子凍結補助金の支給申請に必要な書類】 ※不備等により健康保険組合から返戻する場合を除き、一度提出された書類は返却しません。                                                                                                                                                                   |  |
| 1. 卵子凍結補助金支給申請書（本紙） 2. 領収書（原本必須） 3. 採卵した医療機関に支払った費用の内訳や明細（コピー可）<br>4. 地方自治体による公的な助成金の支給額がわかる書類（決定通知等）のコピー（公的な制度を利用していない場合は不要）<br>領収書の注意点：①卵子凍結のために支払った費用であることが読み取れること。②宛名（フルネーム）、日付、支払金額、発行元がすべて明記されていること。                        |  |
| 【卵子凍結補助金制度について】                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 卵子凍結補助金を申請する方は「健診・保健事業ガイドブック」で制度の詳細や注意事項などを必ずご確認ください。<br>健診・保健事業ガイドブックは当健保組合ホームページの「こんな時はどうする？」→「健康診断のご案内」に掲載しております。<br>●ホームページURL→ <a href="https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp">https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp</a> |  |

|           |                                                                                      |      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 【申請書送付先】  | 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル3階<br>PHC健康保険組合                                  | 受付日印 |
| 【申請書提出期限】 | 凍結用卵子の採取を最初に行った日(初回採卵日)から6ヶ月以内に提出してください。<br>初回採卵日から6ヶ月以上経過した場合、その卵子凍結に対する補助金は支給しません。 |      |