

渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成 提出書類チェックシート

注意事項（※）を確認のうえ、準備出来たもののチェック欄に✓をつけてください。

1～5はすべての方が提出してください。

1	渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金 申請書兼請求書（第4号様式）	チェック欄
<input type="checkbox"/> 記載漏れや文字が薄いところはないか <input type="checkbox"/> 消せることのできないペンで書いていますか <input type="checkbox"/> 記載内容に誤りはないか（誤りは二重線で消して訂正） <input type="checkbox"/> 電話番号は平日9時～17時の間に連絡の取れる番号か <input type="checkbox"/> （携帯電話推奨）		
<p>※表裏両面あります。夫婦で記入してください</p> <p>※自己負担額計算書は「計算のしかた」をよく読み、記入してください</p> <p>※夫婦のいずれかが区外在住の場合は区内在住の人が申請してください</p> <p>※複数回の申請を同時に行う場合、各回ごとに申請書を作成してください (2の受診等証明書1枚ごとに申請書が必要です)</p>		
2	渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金 受診等証明書（第5号様式）	チェック欄
<input type="checkbox"/> 記載漏れや文字が薄いところはないか <input type="checkbox"/> 裏面、領収金額の記載はあるか		
<p>※1回の治療が終了したら医療機関に作成を依頼してください</p> <p>※作成にかかる文書料は助成対象外です</p> <p>※本人控えとしてコピーを取られることを推奨しています</p>		
3	医療機関・薬局発行の領収書のコピー	チェック欄
<input type="checkbox"/> 受診等証明書（裏面）に記載されている領収金額 <input type="checkbox"/> の領収書がすべてそろっているか <input type="checkbox"/> 医療機関・薬局ごと、月順にコピーされているか		
<p>※2の受診等証明書（裏面）の領収金額の確認できる領収書（コピー） をすべて提出してください</p> <p>※医療機関・薬局ごとに月順に並べてA4用紙にコピーしてください</p> <p>※請求書やクレジット売上票は代用できません</p>		
4	助成金振込口座の通帳等のコピー	チェック欄
<p><u>提出するもの（いずれかひとつ）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通帳、キャッシュカードなど ・ネット銀行は口座情報のわかる画面 ・その他（ ） 		
<p>※銀行名・支店名・支店コード・口座番号・口座名義人のわかるもの を提出してください</p>		
5	被保険者資格が確認できる書類	チェック欄
<p><u>提出するもの（いずれかひとつ）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナポータルから確認できる「資格情報画面」を 印刷したもの ・資格確認書のコピー（マイナ保険証をお持ちでない方） 		
<p>※治療された方の分が必要です</p> <p>※記号・番号・枝番・氏名、生年月日、性別、資格取得年月日、 被保険者氏名（世帯主氏名）、本人・家族の別、保険者番号、保険者名 がわかるものを提出してください</p> <p>※マイナンバーカードは不可</p>		

コピーはすべてA4の用紙にお願いします。

6～12は該当する方のみ提出してください。

あてはまるもの全てに✓をつけて該当する番号の書類を提出

	提出する書類
<input type="checkbox"/> 高額療養費・付加給付金の支給を受けた方	6
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を提示して治療を受けた方	7
<input type="checkbox"/> 東京都特定不妊治療費（先進医療）助成を受けた方	8
<input type="checkbox"/> 夫または妻の住所が渋谷区外の方	9
<input type="checkbox"/> 夫婦別世帯の方	10
<input type="checkbox"/> 事実婚の方	10・11
<input type="checkbox"/> 過去の助成回数をリセットし、1回目の申請をする方	12

◆高額療養費・付加給付金の支給を受けた方

6	高額療養費・付加給付金の支給額がわかるもの	チェック欄
<p><u>提出するもの（いずれかひとつ以上）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支給決定通知書、医療費明細書、医療費通知など ・その他（ ） 		

※給付を受けた保険者発行の書類のコピーを提出してください

◆医療機関に提示して治療を受けた方

7	「限度額適用認定証」または「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」のコピー	チェック欄
---	----------------------------------------------	-------

◆東京都特定不妊治療費（先進医療）助成を受けた方

8	「特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書」のコピー	チェック欄
---	-------------------------------------	-------

※申請する治療の範囲が違う場合は、東京都に提出した「東京都特定不妊治療費（先進医療）助成金受診等証明書」のコピーも提出してください

◆夫または妻の住所が渋谷区外の方 ※コピー不可

9	区外の方の住民票（本籍・続柄の記載あり）	チェック欄
<input type="checkbox"/> 申請日から3ヶ月以内に発行のものか <input type="checkbox"/> 本籍・続柄の記載はあるか <input type="checkbox"/> マイナンバーは記載されていないか		

※住所が渋谷区外にある方の分を提出してください

※本籍・続柄の記載必須、マイナンバーは不要です

※申請日（消印）から3ヶ月以内に発行されたもの

◆夫婦別世帯の方／事実婚の方 ※コピー不可

10	戸籍謄本（全部事項証明）	チェック欄
<input type="checkbox"/> 申請日から3ヶ月以内に発行のものか <input type="checkbox"/> 事実婚の方は夫婦それぞれの分はあるか		

※夫婦それぞれの分を提出してください

※申請日（消印）から3ヶ月以内に発行されたもの

11	事実婚関係に関する申立書（第3号様式）	チェック欄
<input type="checkbox"/> 記載漏れはないか		

※夫婦で記入してください

※重婚は本助成の対象外です

※同一世帯でなく、理由の記載がない場合は本助成の対象外です

◆過去の助成回数をリセット後、1回目の申請の方

12	母子健康手帳の「出生届出済証明」または「出産の状態」のページのコピー	チェック欄
----	-------------------------------------------	-------