

東京都において、令和8年度から
不妊治療費助成の助成範囲を変更する方針が示されたため
渋谷区の助成制度も内容が変更となる可能性があります。

(注)

令和8年4月1日以降に開始した

治療の申請にはこの様式を

ご利用いただけない可能性があります。

令和8年3月31日以前に開始した治療を申請する方は
次のページから印刷してください。

※ 治療に要した費用と記入された方のご連絡先を記入してください。

担当者名：
電話番号：（ ）

1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）

男性不妊治療費を除く生殖補助医療費を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額	
		保険診療	先進医療
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
合計		① 円	② 円

2 男性不妊治療費 ※実施した場合に記入

※主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書の提出を受け、領収金額を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額
		保険診療
年 月分	日	円
年 月分	日	円
合計		③ 円

3 院外処方分 ※院外処方があった場合に記入

※患者から薬局発行の領収書の提出を受け、医療機関が領収金額を記入してください。

診療月	患者区分	領収金額	
		保険診療	先進医療
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
合計		① 円	② 円

※ 治療に要した費用と記入された方のご連絡先を記入してください。

担当者名： △△
 電話番号： 00 (0000) 0000

1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）

男性不妊治療費を除く生殖補助医療費を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額	
		保険診療	先進医療
20●● 年 7 月分	10 日	100,000 円	60,000 円
20●● 年 8 月分	4 日	50,000 円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
年 月分	日	円	円
合計		① 150,000円	② 60,000円

2 男性不妊治療費 ※実施した場合に記入

※主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書の提出を受け、領収金額を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額
		保険診療
20●● 年 7 月分	3 日	60,000 円
年 月分	日	円
合計		③ 60,000円

3 院外処方分 ※院外処方があった場合に記入

※患者から薬局発行の領収書の提出を受け、医療機関が領収金額を記入してください。

診療月	患者区分	領収金額	
		保険診療	先進医療
20●● 年 7 月分	夫・ 妻	5,000 円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
年 月分	夫・妻	円	円
合計		① 5,000円	② 円

医療機関が記入する欄