

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。

## 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

渋谷区長 殿

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

関係書類を添えて渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金を申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。口座名義人が私以外の場合は助成金の受領を口座名義人に委任します。

なお申請にあたり区が、助成金決定のために、住民基本台帳等の閲覧、医療機関・健康保険への医療費内容の照会、他自治体への助成金交付状況の照会・提供を行うことに同意します。

	氏 名	生年月日・今回の治療開始時の年齢	婚姻関係
(フリガナ)			
申請者 <small>※自署してください</small>		年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚
(フリガナ)			
配偶者 <small>※自署してください</small>		年 月 日 ( 歳)	
申請者住所	〒 (      -      )      電話 (      -      -      )		
	渋谷区		
配偶者住所	〒 (      -      )      電話 (      -      -      )		
申請回数	1回目の治療開始時の妻の年齢区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて、この助成金の申請が何回目か <input type="checkbox"/> をつけてください。 <small>※過去の助成回数をリセットした場合、過去の助成回数は含めないでください。</small> <input type="checkbox"/> 40歳未満      ⇒ 1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目 <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満      ⇒ 1回目・2回目・3回目 過去の助成回数をリセットをした場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください ⇒ <input type="checkbox"/>		
今回の治療期間	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で主治医が証明した期間を記載してください。 <small>※受診等証明書1枚ごとに、申請書兼請求書（本紙）の提出が必要です。</small> 年 月 日から 年 月 日まで <small>↑この日から1年以内に申請してください。（消印有効）</small>		
高額療養費 付加給付金の 給付	申請する不妊治療費について、高額療養費・付加給付金の支給を受けましたか。 <small>※支給を受けられるか不明な場合は加入している健康保険に確認してください。</small> <input type="checkbox"/> 受けました      ⇒ 健康保険者の発行した支給決定通知等の支給額のわかるものを提出 <input type="checkbox"/> 受けていません		
東京都の助成  <small>※先進医療のある 場合のみ記入</small>	先進医療のある方は、東京都特定不妊治療費（先進医療）助成事業の申請状況を記入してください。 <small>※申請予定の方は先に東京都に申請をしてください。</small> <input type="checkbox"/> 申請      → <input type="checkbox"/> 承認済      ⇒ 特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書を提出 <input type="checkbox"/> 申請しません      → <input type="checkbox"/> 承認待ち      ⇒ 月 日に申請済      ↑承認後、追加で提出		
申 請 額	自己負担額	上限額	申請額 <small>自己負担額と上限額を比較して少ない方を記入</small>
	1 生殖補助医療費 ア+イ <small>（男性不妊治療費を除く）</small>	円	100,000円
	2 男性不妊治療費 ウ	円	100,000円
申請額合計      ※助成額は区が審査の上決定するため、変更になる場合があります			
振 込 口 座	金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所
	銀行コード	支店コード	(預金種別) 普通・当座・貯蓄 口座番号
口座名義人	氏名	フリガナ	

## 自己負担額計算書

	A 領収金額	B 高額療養費 ・付加給付金	C 東京都の助成金	D 自己負担額 (A - B - C)
<b>1 生殖補助医療費</b> (男性不妊治療費を除く)				
保険診療分	①			ア
先進医療分	②		※東京都助成金	イ
<b>2 男性不妊治療費</b>	③			ウ

○ 高額療養費・付加給付金は、申請不要で自動的に支給されている場合もあります。支給の有・無については、加入している健康保険のHPなどでご自身の給付条件のご確認をお願いします。

※ 受診月からおよそ3か月後くらいに、受診内容が反映されます。

○ 東京都の助成金について、申請から決定まで3か月以上かかる場合があります。決定後、承認決定通知書のコピーを提出してください。

### 【計算のしかた】

#### A 領収金額

《資料》 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

裏面の『1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）、2 男性不妊治療費、3 院外処方分』の領収金額の合計欄 ①・②・③を「A 領収金額」の ①・②・③に記入してください。

①と②は『3 院外処方分』がある場合、合計して記入してください。

#### B 高額療養費・付加給付金

《資料》 高額療養費・付加給付金の支給決定通知書のコピーなど支給金額のわかるもの

申請する不妊治療費に対する支給決定額を記入してください。

世帯で不妊治療以外に高額の医療費がかかり、支給決定額に不妊治療以外の医療費が含まれている場合は、不妊治療費に相当する高額療養費・付加給付金の金額のみを記入してください。

#### C 東京都の助成金

《資料》 特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書のコピー

東京都発行の承認決定通知書の決定額を先進医療分（※東京都助成金）の欄に記入してください。

承認決定通知書が届いていない場合は、②の先進医療の金額の7割を記入してください。（上限額：15万円）

#### D 自己負担額

AからBとCを差し引いた金額をD（ア、イ、ウ）に記入してください。

アとイの合計を表面「申請額」欄の「1 生殖補助医療費」の自己負担額欄に、ウの金額を「2 男性不妊治療費」の自己負担額欄に記入してください。