

# 渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成のご案内

保険診療で体外受精・顕微授精・男性不妊の手術を行った方に対し、治療費の一部を助成します。

## 1 対象者 ※（１）～（４）すべてに該当する方

- （１）治療開始日から申請日まで、継続して婚姻をしている夫婦（事実婚も含む）
- （２）申請日現在、夫婦のいずれかが渋谷区に住民登録があること
- （３）治療開始日における妻の年齢が４３歳未満であること
- （４）申請する治療について、東京都以外の自治体から同種の助成を受けていないこと

## 2 対象となる治療 ※令和４年４月１日以降に行ったものが対象

- （１）生殖補助医療  
**保険診療で行った**体外受精、顕微授精等。**保険診療と併用して行った**先進医療も対象とします。
- （２）男性不妊治療  
上記（１）の生殖補助医療の一環として**保険診療で行った**精巣内精子生検採取術等の手術

## 3 助成回数

１回目の治療開始日の妻の年齢により上限があります。

- ４０歳未満 ⇒ １子につき通算６回まで  
４０～４３歳未満 ⇒ １子につき通算３回まで

※ 出産（妊娠１２週以降の死産含む）ごとに過去の助成回数をリセットすることができます。

▶ 「１回」の考え方 ⇒ 採卵から胚移植までの一連の治療を「１回」とします。

- ・ 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合は、胚移植を「１回」とします。
- ・ 採卵後にやむを得ず治療を中止した場合、申請はできますが、この場合も「１回」と数えます。
- ・ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は助成対象外ですが、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等で治療を中止した場合は男性不妊治療のみ申請できます。この場合も「１回」と数えます。

※中止した治療を申請する方は、必ず **資料①** を確認してください。

補足資料  
あり **1**

## 4 助成金額

保険適用後の自己負担額に対して、１回につき、下記の金額まで助成します。  
健康保険からの高額療養費や付加給付金、東京都からの助成金がある場合は、自己負担額から差し引いた金額に対して助成します。

生殖補助医療	保険診療と先進医療合わせて	上限１０万円まで
男性不妊治療	上記の生殖補助医療とは別に	上限１０万円まで

補足資料  
あり **2**

## 5 高額療養費・付加給付金について ※申請前にご確認ください

申請する不妊治療費について、高額療養費や付加給付金の支給の有無を**加入している健康保険に確認してください**。支給がある場合は、支給決定額のわかる書類（健康保険発行の支給決定通知書や医療費明細書など）のコピーを提出してください。支給決定方法は健康保険によって異なり、自動的に支給されている場合もあります。 ※支給決定は診療月から３～４か月かかります。

### ◎「限度額適用認定証」について

医療機関で提示すると治療費が高額の場合でも窓口負担額を低く抑えられることがあります。  
これから治療を開始する人は取得をおすすめします。詳しくはご加入の健康保険にお問い合わせください。

## 6 東京都特定不妊治療費（先進医療）助成事業について

**先進医療のある方で、東京都特定不妊治療費（先進医療）助成事業の助成を受ける方は、先に東京都に申請をしていただき、東京都の承認決定通知書のコピーを提出してください。**

渋谷区に先に申請すると助成額が少なくなることがあります。  
※東京都の助成要件は渋谷区と違いますので、必ず確認してください。

補足資料  
あり **3**

## 7 申請期限

消印有効

・受診等証明書で主治医が証明した治療期間終了日から起算して1年以内に申請してください。

## 8 申請方法（必ず、消せることができないペンでご記入ください）

簡易書留やレターパックなど

・次の書類をそろえて郵送で提出してください。※ 郵便事故等防止のため記録の残る郵送方法をお勧めします。

▶ 全ての方が提出 「提出書類チェックシート」をご活用ください。

	必ず提出する書類	注意事項など
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】	記入要領を参照し、夫婦で記入してください 複数回まとめて申請する場合、申請回数分提出が必要です
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】	1回の治療の終了ごとに医療機関に作成を依頼してください 作成に係る文書料は助成対象外です
3	医療機関・薬局発行の領収書のコピー	2の受診等証明書（裏面）の領収金額の確認できる領収書を提出してください。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
4	助成金振込口座の通帳等のコピー	銀行名・支店名・支店コード・口座番号・口座名義人がわかるもの
5	被保険者資格（健康保険の加入状況）が 確認できる書類	治療された方の分が必要です ・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 （区分から保険者名まで表示されているもの） ・資格確認書のコピー（マイナ保険証をお持ちでない方） ※マイナンバカードは不可

▶ 以下は該当者のみ提出

	追加で提出する書類	該当者	注意事項など
6	高額療養費・付加給付金の支給額がわかるもの（決定通知書等）のコピー	ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付金の支給を受けた方	健康保険者が発行したものが 必要
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	医療機関に提示して治療を受けた 方	表面のみコピー
8	東京都 特定不妊治療費（先進医療） 助成承認決定通知書のコピー	東京都特定不妊治療費（先進医 療）助成金を受けた方	申請を予定している方は東京 都に先に申請してください
9	住民票（本籍・続柄の記載あり） ※申請日から3か月以内発行のもの	住所が渋谷区外にある方	マイナンバーの記載なし
10	戸籍謄本（全部事項証明） ※申請日から3か月以内発行のもの	・夫婦別世帯の方 ・事実婚の方	事実婚の方は夫婦それぞれの 分が必要
11	事実婚関係に関する申立書【第3号様式】	事実婚の方	夫婦で記入してください
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	過去の助成回数をリセットして 1回目として申請をする方	出生届または死産届のコピー でも可

## 9 申請書類提出先（問い合わせ先）

〒150-8010

渋谷区宇田川町1-1

渋谷区役所 地域保健課 地域医療係 行

☎03-3463-2433

●このご案内にある資料はすべて渋谷区  
ホームページに掲載しています。  
（様式以外の資料はカラー版です）

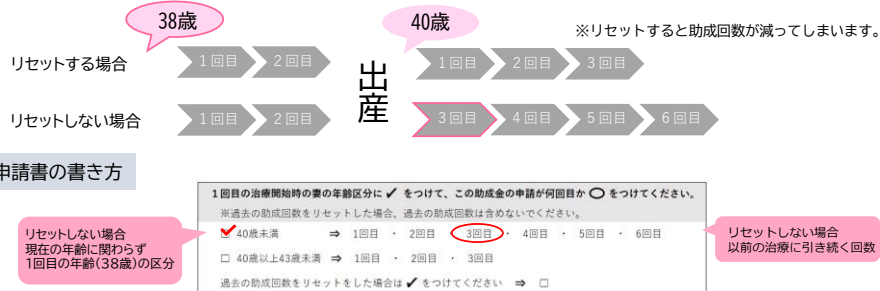
ぜひご確認ください。☒HP▶

←点線を切り取って  
宛名としてご利用ください。



## 1 助成回数リセットの具体例

① 38歳で初めて助成を受け2回目の治療で出産し、40歳で第2子の助成を受けようとする場合

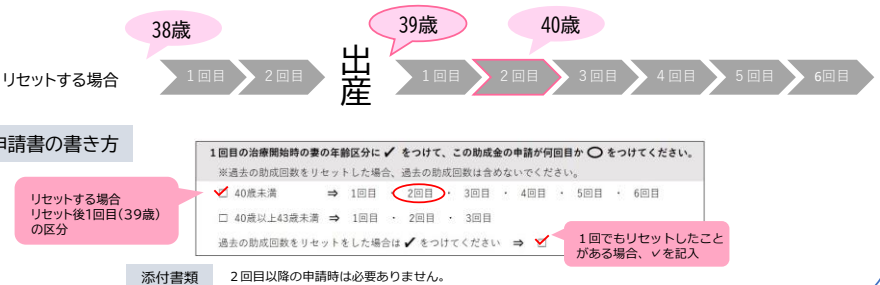


② 38歳で初めて助成を受け2回目の治療で出産し、39歳で第2子の助成を受けようとする場合



リセットして1回目の申請をした後に、2回目の申請をする場合

③ リセットをした後、40歳で2回目の申請をする場合

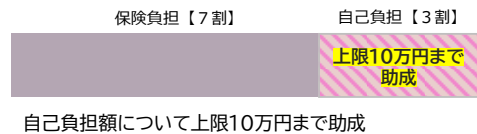


## 2 助成金額について

1回の治療につき、保険適用後の自己負担額について10万円まで助成します。男性不妊治療を行った場合はその治療について10万円まで助成します。

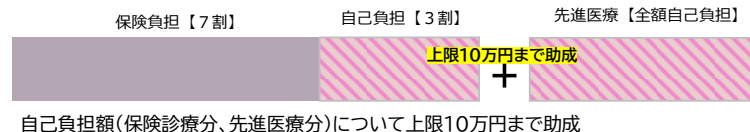
高額療養費や付加給付金、東京都の助成金がある場合は、自己負担額から除いた金額について助成します。

① 保険診療のみ

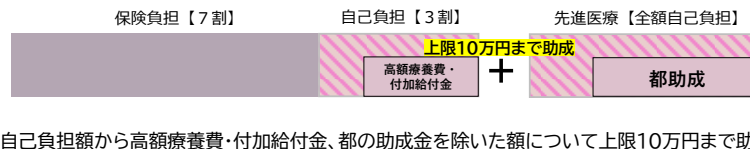


…渋谷区の助成範囲

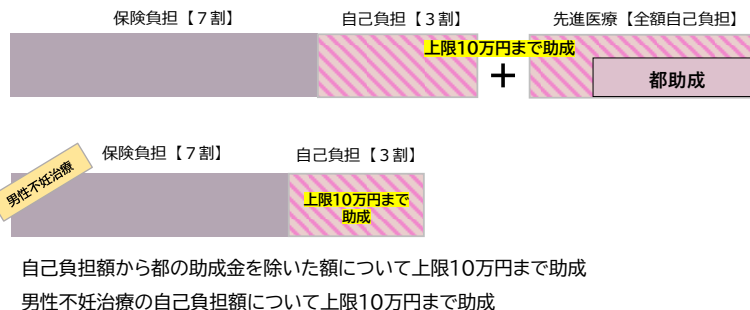
② 保険診療と先進医療の併用



③ 高額療養費・付加給付金、東京都の助成金がある場合



④ 男性不妊治療も行った場合



### 3 申請の具体例

＜助成内容＞ 渋谷区・・・保険診療費＋先進医療費、あわせて上限10万円まで助成（保険診療分から先に助成します。）  
東京都・・・先進医療費の7割。渋谷区が先に助成した場合、先進医療費から渋谷区助成額を控除した残額の7割について、上限15万円まで助成

#### 渋谷区に先に申請した場合

#### 東京都に先に申請した場合

**例 1** 保険診療：80,000円 先進医療：200,000円 の場合 ⇒⇒⇒ 渋谷区に先に申請すると、渋谷区の助成額を控除するため東京都の助成額が減り、実負担額が14,000円増えてしまいます。

	自己負担額 A ※	渋谷区助成額 B 上限10万円	自己負担額残 C (A-B)	東京都助成 D (C×0.7) 上限15万円	実負担額 A-B-D
保険診療分	80,000	80,000	0		0
先進医療分	200,000	20,000	180,000	126,000	54,000
保険診療＋先進医療 上限10万円			先進医療費の7割 上限 15万円		

	自己負担額 A ※	東京都助成 B (A×0.7) 上限15万円	自己負担額残 C (A-B)	渋谷区助成額 D 上限10万円	実負担額 A-B-D
保険診療分	80,000		80,000	80,000	0
先進医療分	200,000	140,000	60,000	20,000	40,000
先進医療費の7割 上限 15万円			保険診療＋先進医療 上限10万円		

※保険診療分の「自己負担額A」は、高額療養費や付加給付金がある場合は差し引いた後の金額です。

**例 2** 保険診療：70,000円 先進医療：30,000円 の場合 ⇒⇒⇒ 東京都の助成金を申請しなくても、渋谷区の助成額で自己負担額をまかなえるため、実負担額は0円になります。

	自己負担額 A ※	渋谷区助成額 B 上限10万円	自己負担額残 C (A-B)	東京都助成 D (C×0.7) 上限15万円	実負担額 A-B-D
保険診療分	70,000	70,000	0		0
先進医療分	30,000	30,000	0	0	0
保険診療＋先進医療 上限10万円			先進医療費の7割 上限 15万円		

	自己負担額 A ※	東京都助成 B (A×0.7) 上限15万円	自己負担額残 C (A-B)	渋谷区助成額 D 上限10万円	実負担額 A-B-D
保険診療分	70,000		70,000	70,000	0
先進医療分	30,000	21,000	9,000	9,000	0
先進医療費の7割 上限 15万円			保険診療＋先進医療 上限10万円		

※保険診療分の「自己負担額A」は、高額療養費や付加給付金がある場合は差し引いた後の金額です。

申請方法により、実負担額に差が出ることがあります。申請の際はご注意ください

中止分の申請も「治療 1 回」と数えますので、治療を継続する場合は、次の点にご注意ください。

## 1 保険診療ができる胚移植の回数と助成回数に差が出ます。

保険診療の回数も「治療開始日の妻の年齢により、40 歳未満は 6 回まで、40 歳以上 43 歳未満は 3 回まで」と決められていますが、これは「胚移植」の回数です。

胚移植の前に中止した分の治療費を申請した場合は、胚移植の回数より残りの助成回数が少なくなってしまうのでご注意ください。

<例> 40 歳で 1 回目の治療を始めるも胚が育たずに治療を中止、2 回目、3 回目は胚移植を行うも妊娠に至らず、4 回目で胚移植を行うこととなった。

40 歳で治療を始める場合、胚移植の保険適用回数は 3 回まで。渋谷区助成回数も 3 回まで。

- 1 回目・・・採卵後治療中止 ⇒ 助成金を申請
- 2 回目・・・胚移植まで実施 ⇒ 助成金を申請
- 3 回目・・・胚移植まで実施 ⇒ 助成金を申請
- 4 回目・・・胚移植まで実施 ⇒ **4 回目の助成金は申請できません！**

## 2 東京都特定不妊治療費(先進医療)助成金を申請される場合、回数に差が出ます。

東京都は助成対象「1 回」を保険診療と同じく胚移植の回数で数えます。

胚移植の前に治療を中止し次の治療を行う場合は、胚移植まで行って「1 回」となります。

渋谷区は、中止までの分で 1 回、胚移植までの分で 1 回と計「2 回」の申請になります。

### ①渋谷区・・・1回目

### ②渋谷区・・・2回目

イメージ



※図：東京都ホームページより

①東京都・・・1 回目  
◎ 助成対象 (1 回分)

このように、申請する治療の範囲が東京都と渋谷区で違う場合は、

\*「東京都特定不妊治療費(先進医療)助成承認決定通知書」のほかに、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。

\*1 回目と2 回目は同時に申請してください。

お願い

上記イメージ図で、**渋谷区には 1 回目を申請せずに 2 回目のみ申請する場合**も、承認決定通知書と一緒に「東京都特定不妊治療費(先進医療)助成金受診等証明書」のコピーを提出してください。

<裏面に資料②「申請期限について」があります>



# 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。

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

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
	記載漏れや文字が薄いところはないか	
	消せることができないペンで書いているか	
	記載内容に誤りはないか（誤りは二重線で消して訂正）	
	電話番号は平日9時～17時の間に連絡の取れる番号か （携帯電話推奨）	

※表裏両面あります。夫婦で記入してください

※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

※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

※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）

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
	記載漏れや文字が薄いところはないか	
	裏面、領収金額の記載はあるか	

※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

※作成にかかる文書料は助成対象外です

※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

3	医療機関・薬局発行の領収書のコピー	チェック欄
	受診等証明書（裏面）に記載されている領収金額 の領収書がすべてそろっているか	
	医療機関・薬局ごと、月順にコピーされているか	

※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

※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

※請求書やクレジット売上票は代用できません

4	助成金振込口座の通帳等のコピー	チェック欄
	提出するもの（いずれかひとつ） ・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（ ）	

※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

5	被保険者資格が確認できる書類	チェック欄
	提出するもの（いずれかひとつ） ・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）	

※治療された方の分が必要です

※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

※マイナンバーカードは不可

	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
	提出するもの（いずれかひとつ以上） ・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
	申請日から3ヶ月以内に発行のものか	
	本籍・続柄の記載はあるか	
	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
	申請日から3ヶ月以内に発行のものか	
	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
	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
----	--	-------

コピーはすべてA4の用紙をお願いします。

	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)							年　月　日（　歳）							<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚							
申請者 ※自署してください																					
(フリガナ)							年　月　日（　歳）														
配偶者 ※自署してください																					
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✓をつけて、この助成金の申請が何回目か○をつけてください。 ※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。																				
	<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 ✓ をつけてください ⇒ <input type="checkbox"/>																				
今回の 治療期間	<b>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</b> で主治医が証明した期間を記載してください。 ※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。																				
	年　月　日から　年　月　日まで ↑この日から1年以内に申請してください。（消印有効）																				
高額療養費 付加給付金 の給付	<b>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。</b> ※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。																				
	<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  ※先進医療のある 場合のみ記入	<b>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。</b> ※申請予定の方は先に東京都に申請をしてください。																				
	<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 自己負担額と上限額を比較して少ない方を記入										
	1 生殖補助医療費 ア＋イ (男性不妊治療費を除く)								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				(預金種別) 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄										
			銀行コード				支店コード				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)
1 生殖補助医療費 (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
2 男性不妊治療費	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。



## 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 20●● 年 1 月 〇〇 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。

申請者	氏 名 (フリガナ) シバヤ ○ ○		生年月日・今回の治療開始時の年齢 ○○○○ 年 5 月 5 日 (37) 歳		婚姻関係 <input checked="" type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚											
※自署してください	渋谷 ○ ○															
配偶者	氏 名 (フリガナ) シバヤ ▲ ▲		生年月日・今回の治療開始時の年齢 ○○○○ 年 3 月 3 日 (36) 歳													
※自署してください	渋谷 ▲ ▲															
申請者住所	〒 ( 151 - 0000 ) 電話 ( 000 - 0000 - 0000 )															
	渋谷区 ○○ 4-3-2 ○○ハイツ 1110															
配偶者住所	〒 ( 000 - 0000 ) 電話 ( 000 - 0000 - 0000 )															
	同じなら『同上』と記入、異なる場合のみ記入 東京都 ○○区 ○○ 1-2-3-207															
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、この助成金の申請回数に記入してください。 ※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記入してください。															
	<input checked="" type="checkbox"/> 40歳未満 ⇒ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4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 checked="" 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。 ※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。															
	20●● 年 7 月 1 日 から 20●● 年 8 月 31 日まで この日から1年以内に申請してください。（消印有効）															
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。 ※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。															
	<input checked="" 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															
東京都助成	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。 ※申請予定の方は先に東京都に申請をしてください。															
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 承認待ち ⇒ 月 日 に申請済 承認後、追加で提出															
申請額	はじめに裏面で自己負担額を計算します															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>自己負担額</th> <th>上限額</th> <th>申請額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9 3 0 0 0 円</td> <td>100,000円</td> <td>9 3 0 0 0 円</td> </tr> <tr> <td>6 0 0 0 0 円</td> <td>100,000円</td> <td>6 0 0 0 0 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td>1 5 3 0 0 0 円</td> </tr> </tbody> </table>					自己負担額	上限額	申請額	9 3 0 0 0 円	100,000円	9 3 0 0 0 円	6 0 0 0 0 円	100,000円	6 0 0 0 0 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	
自己負担額	上限額	申請額														
9 3 0 0 0 円	100,000円	9 3 0 0 0 円														
6 0 0 0 0 円	100,000円	6 0 0 0 0 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		1 5 3 0 0 0 円														
振込口座	金融機関 ○ × ○ × 銀行 金庫 組合 本店 支店 (預金種別) 普通 当座 貯蓄 口座番号 右詰め記入															
	銀行コード 分らない場合記入不要 支店コード 1 2 3 番号 1 2 3 4 5 6															
口座名義人	氏名 渋谷 ○ ○ フリガナ シバヤ ○ ○															

申請時点の年齢ではなく、申請する治療の開始時点の年齢を記入。

医療機関が作成した渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金受診等証明書の表面に記載された治療期間を記入してください。

今回の治療期間	20●● 年 7 月 1 日 から 20●● 年 8 月 31 日 ※ まで
治療終了日区分	1 回目の治療開始時の妻の年齢 ( 36 歳 )
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠判定 ( 有 ・ 無 )	今回の治療開始時の妻の年齢 ( 37 歳 )
<input type="checkbox"/> 治療中止	

※高額療養費・付加給付金は、申請前に必ず確認してください。

健康保険によっては申請不要で自動振込により支給し、WEB照会による通知など通知書が送られてこないところもあり、支給を受けていることに気が付かない場合もあります。

また付加給付金は健康保険独自の制度で独自の基準で支給されますので、高額療養費は該当せずに付加給付金のみ支給される場合もあります。

東京都の決定通知が届く前に申請をする方は、「承認待ち」に直し、東京都へ申請した日にちを記載してください。

なお裏面の自己負担額計算書 C 東京都助成金 の欄には、東京都への申請額を記入してください。後日提出していただいた東京都の決定額と違う場合は、東京都の決定額を優先します

裏面の自己負担額計算書で計算したDの自己負担額を記入します。

## 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 東京都助成金	D 自己負担額 (A - B - C)
1 生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く)			ア + イ 93,000円	
保険診療分 ①	155,000	80,000		ア 75,000
先進医療分 ②	60,000		※東京都助成金 42,000	イ 18,000
2 男性不妊治療費 ③	60,000	0		ウ 60,000

※「申請額」欄の自己負担額計算用

### 自己負担額計算書

高額療養費と付加給付金がある場合は合計金額を記入

	A 領収金額	B 高額療養費・付加給付金	C 東京都助成金	D 自己負担額 (A - B - C)
1 生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く)	1	2		
保険診療分 ①	155,000	80,000		ア 75,000
先進医療分 ②	60,000		※東京都助成金 42,000	イ 18,000
2 男性不妊治 ③	60,000	0		ウ 60,000

①と②は  
院外処方がある場合  
合算して記入

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、申請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。なお、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。申請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 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、合算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書類

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な医療費がかかり、支給決定額に不妊治療以外の医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。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。

#### 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、ウの金額の自己負担額欄に記入してください。

受診等証明書（裏面）の  
領収金額①・②・③を転記

### 1 A 領収金額

#### 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	
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、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	
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

### 2 B 高額療養費・付加給付金

健康保険発行の決定通知などから転記

#### 【例1】渋谷区国民健康保険の場合

国民健康保険高額療養費支給決定通知書

国民健康保険高額療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

次回から自動振り込みとなります。

支給金額	80,000 円				
振込期日	令和●●年11月16日				
金融機関	銀行 支店				
内 訳					
診療年月	申請者	対象者	支給額	支給済額	差引支払額
令和●●年 7月	35,500	35,500	80,000	0	80,000

不妊治療費のみの場合は支給金額を記入

不妊治療以外の医療費が含まれている場合は、国民健康保険課給付係(☎03-3463-1776)にお問い合わせください。

高額療養費・付加給付金の金額を合計して記入してください。

不妊治療費以外の医療費が含まれている場合は、不妊治療費がわかるようにマーカー等でしるしをつけてください。

#### 【例2】健康保険組合の場合

医療費通知書 兼 現金給付決定通知書

20●●年10月発行

給付をうけた人	診療 年月 日数	診療区分	総医療費 (保険診療分) A	経医療費Aの内訳			Bに対する給付・現金給付		医療機関名または 現金給付種別
				健保負担額	公費負担額	受給者 窓口負担額 B	現金給付・ 高額療養費	付加給付金	
渋谷 □□	20●●年07月 10日	産科外産	90,000	63,000		27,000			※ 産院
渋谷 ●●	20●●年07月 11日	産科入院	1,000,000	700,000		300,000	200,000	60,000	※ 産院
			21,840	14,040		7,800			※ 産院
渋谷 ○○	20●●年07月 7日	産科入院	300,000	210,000		100,000	70,000	10,000	※ クリニック
			21,840	14,040		7,800			※ 産院
渋谷 △△	20●●年07月 3日	産科外産	20,000	16,000		4,000			※ 産院
合計			1,453,680	1,017,080		446,600	270,000	70,000	
給付決定額							340,000		

※ 通知様式、名称は健康保険によって異なります。

付加給付金については「一部負担還元金」「一部負担金払戻金」など名称が異なる場合もあります。  
WEB照会による通知など、通知書が送られてこない場合もあります。

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

フリガナ 氏 名	申 請 者		配 偶 者	
生年月日		年 月 日		年 月 日

※上記を申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

※医療機関（主治医）が記入してください。裏面に医療費に関する証明欄がありますので記入をお願いします。

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の自己負担額を徴収したことを証明します。					
年 月 日					
医療機関名・所在地					
主治医氏名 印 (自署又は記名押印してください)					
治 療 内 容	治療方法	区分A、区分Bごとに、実施したものすべてに ○ をつけてください。			
		A	採卵 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 胚移植		
		B	先進医療 ・ 男性不妊治療 ※実施した場合は下記に内容を記入してください。		
	先進医療 ※実施した場合に記入	実施した先進医療技術名に ✓ をつけてください。			
		<div><div><input type="checkbox"/> PICSJ <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）</div><div><input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）</div></div>			
	男性不妊治療 ※実施した場合に記入	実施した男性不妊治療法に ✓ をつけてください。			
		<div><div><input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）</div><div><input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）</div></div>			
		他医療機関で実施した場合は実施医療機関名を記載してください。			精子回収の有無 ( 有 ・ 無 )
	今回の治療期間	年 月 日 から 年 月 日 ※ まで			
		治療終了日区分 <input type="checkbox"/> 妊娠判定（有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 治療中止	1回目の治療開始時の妻の年齢 ( 歳 )		今回の治療開始時の妻の年齢 ( 歳 )

助成対象 ※治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）は対象外です。

- 1 保険診療の対象となる生殖補助医療（胚凍結保存維持管理料は除く）
- 2 保険診療の対象となる生殖補助医療の一環として行った男性不妊の手術
- 3 保険診療の対象となる生殖補助医療と併用して行った先進医療

※ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は男性不妊治療のみ助成対象とします。

治療期間

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※裏面の記入もお願いします。

※ 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

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

フリガナ 氏 名	申 請 者	シブヤ 渋谷 ○ ○	配 偶 者	シブヤ 渋谷 ▲ ▲
生年月日		〇〇〇〇 年 5 月 5 日		〇〇〇〇 年 3 月 3 日

申請者が記入する欄

※上記を申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

※医療機関（主治医）が記入してください。裏面に医療費に関する証明欄がありますので記入をお願いします。

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の自己負担額を徴収したことを証明します。

項目すべての記入と押印（自署は不要）をお願いします。 年 月 日

医療機関名・所在地

主治医氏名  
(自署又は記名押印してください)

区分Aは必ずいずれかに○をつけてください

区分A、区分Bごとに、実施したものすべてに ○ をつけてください。

治療内容	治療方法	A 採卵 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 胚移植		
		B 先進医療 ・ 男性不妊治療 ※実施した場合は下記に内容を記入してください。		
	先進医療 ※実施した場合に記入	実施した先進医療技術名に ✓ をつけてください。 <table><tr><td><input type="checkbox"/> PICSI <input checked="" type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input checked="" type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）</td><td><input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> PICSI <input checked="" type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input checked="" type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> PICSI <input checked="" type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input checked="" type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
男性不妊治療 ※実施した場合に記入	実施した男性不妊治療法に ✓ をつけてください。 <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）</td><td><input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）</td></tr></table> 他医療機関で実施した場合は実施医療機関名を記載してください。 精子回収の有無 （有 ・ 無）	<input checked="" type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）	<input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）	
<input checked="" type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）	<input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）			

今回の治療期間

治療終了日区分 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠判定（有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 治療中止	1回目の治療開始時の妻の年齢 （ 36 歳）	今回の治療開始時の妻の年齢 （ 37 歳）
---	---------------------------	--------------------------

医療機関（主治医）が記入する欄

助成対象 ※治療に直接関係のない場合は対象外です。

- 1 保険診療の対象となる生殖補助医療
- 2 保険診療の対象となる生殖補助医療
- 3 保険診療の対象となる生殖補助医療と併用した先進医療

※ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は男性不妊治療のみ助成対象とします。

治療期間

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※裏面の記入もお願いします。



※ 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

## 事実婚関係に関する申立書

年 月 日

渋谷区長 殿

下記2名については、事実婚関係にあります。  
なお、治療により出生した子について、認知を行う意向があります。

1 渋谷区不妊治療医療費助成金 申請者の住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

2 渋谷区不妊治療医療費助成金 配偶者の住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

別世帯の理由(1と2が別世帯の場合に記入)

---

---

---

---

※ 重婚である場合は本助成の対象外です。

別世帯で理由の記載がない場合は、本助成の対象外です。