

本人記入用 記入例

不妊治療費補助申請書

(①本人記入用 法改正後用)

太枠内の項目はすべて記入してください。

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の補助を申請します。なお、自治
関係する保険者等とトヨタ健保の間において、不妊治療補助事業に関する情報の照
について同意します。 **保険証上部を確認し、記入してください**

保険証上部を確認し、記入してください

(0623 からはじまる保険者番号ではありません)

支給決定通知書の送付先となります

内容に不備、確認事項がある場合、連絡をさせていただきます。連絡のとれる番号、メールアドレス等の記入をお願いします。

該当箇所に○ 健康保険の治療回数が終了している場合、治療終了日の記入も必要です。

申請理由	<p>※今回申請分が健康保険適用にならない理由をお答えください。</p> <p>健康保険の適用にならない ↓○で囲み、該当内容を記入してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年齢制限超え (今回の治療開始が_____歳のため) 2. 回数制限超え 保険治療回数分が終了したため → 終了日 令和〇年〇月〇日 3. その他 () 	該当箇所に○ 健康保険の治療回数が終了している場合、治療終了日の記入も必要です。	
健康保険適用の回数		<input type="checkbox"/> 有 ()回 · <input type="checkbox"/> 無	
自治体等からの助成金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	① 助成を受けた自治体等の名称	② 助成を受けた自治体等の名称
		自治体等への申請日 令和 今回の治療費 助成額 不妊治療 (男性不妊治療費除く) _____円 男性不妊治療 _____円	
自治体等からの助成金がある場合、該当項目への記入が必要です。自治体からの支給決定通知書の写しの提出もあわせて添付が必要です。			

【添付書類の確認】

- 夫婦関係がわかる戸籍謄本または続柄記載の住民票 1通（交付日が6ヶ月以内の原本）※戸籍謄本を頂く場合あり
 - 自治体からの助成がある場合は、助成額が記載された自治体発行の通知書の写し
 - 不妊治療受診等証明書（自治体からの助成がある場合、その提出用の写しでも可） **提出の際コピーをしておくことを**

提出の際コピーをしておくことを
お勧めしています。

医療機関証明書 記入例

不妊治療受診等証明書 (旧 特定不妊治療補助)

▼証明のお願い

43歳以上で治療をされた方、及び43歳未満の方については、保険治療回数を超えて自由診療となつた方のみ証明をお願いいたします。

保険治療可能であるにもかかわらず、混合診療等を選択された方については対象外となります。ご注意くださいますようお願い致します。

法によっては妊娠の見込みがないか又は極めてる医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和〇年〇〇月〇〇日

■■県■■市〇〇〇

医療機関の名称及び所在地 ■■〇〇クリニック

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

主治医氏名 〇〇〇 〇〇〇〇

印印

押印なしでも可 ただし健保から連絡する場合があります→

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

受診者 夫	フリガナ	カタカナで記入	妻	カタカナで記入
	氏名	〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇〇〇 〇〇〇
	生年月日	昭和 平成 ○年〇〇月〇〇日		昭和 平成 ○年〇〇月〇〇日
開始年齢	今回の治療開始時の女性の年齢 (■■歳) ←今回の治療開始の年齢を記入			
該当箇所にチェック→ 今回の該当項目	<input type="checkbox"/> 40歳未満であつて6回分の保険治療が終了 (終了日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満であつて3回分の保険治療分が終了 (終了日: 令和〇年〇〇月〇〇日) <input type="checkbox"/> 43歳以上の開始であつて年齢制限超え 健康保険の治療終了日を記入ください↑			
今回の治療期間	治療期間 令和〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇年〇〇月〇〇日			
該当箇所に○→ 今回の治療内容	(該当する記号に○をつけてください)			
	A : 新鮮胚移植を実施 <input checked="" type="checkbox"/> B : 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 C : 以前に凍結した胚による胚移植を実施 D : 体調不良等により移植のめどが立たず、治療終了 E : 受精できず、または胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止 F : 採卵したが、卵が得られない、又は状態の良い精子が得られないため中止 ※採卵準備前に男性不妊治療を行つたが、精子が得られない、または精子が得られないため治療を終了した場合も対象になります。			
男性不妊治療を行つた場合、手術療法と医療機関名を記入→	(AまたはBの場合、該当する番号に○をつけてください) (1) 体外受精 (2) 顕微授精 男性不妊治療を行つた場合、記載してください。 行つた手術療法 (〇〇〇〇) 行つた医療機関 (〇〇〇〇〇〇)			
治療結果	(1) 妊娠した (2) 妊娠せず (3) 治療中止 (4) その他 治療中止その他の理由 ()			
領収金額 (保険外診療に限る)	今回の治療にかかった金額合計			該当するものに○をつけてください <院外処方含む・含まない 院内処方>
				治療費 □□□□□□ 円 (男性不妊治療費を除く)
	男性不妊治療費 □□□□円 (精子回収あり・なし)			

・治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等を行つた日から治療終了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のみ行つた場合は、男性不妊治療を行つた日から不妊治療終了日までを記入してください。主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行つた場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払つた領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。