



《申請上のご注意》

対象者	トヨタ自動車健康保険組合の組合員と法律上の婚姻をしている夫婦
要件	<p>(1) 健康保険適用対象者でないこと (健康保険治療回数を超えている方、もしくは女性が43歳以上で保険適用外の方)</p> <p>(2) 生殖補助医療（体外受精及び顕微授精）以外の方法によっては妊娠の見込みがないか、極めて少ないと医師に判断されていること。一般不妊治療（タイミング法、人工授精）は対象外です。</p> <p>(3) 混合診療治療分（健康保険診療＋健康保険で認められていない治療法）は申請できません。安全性・有効性が確保されている健康保険適用が優先となります。健康保険を使用したにもかかわらず、回数制限超えとなり、健康保険が適用不可等となった場合、申請することができます。</p> <p>(4) 不妊治療（生殖補助医療）を行う保険医療機関で治療を受けたこと</p> <p>(5) 当該年度内に治療が終了していること</p> <p>(6) 次に掲げる治療法でないこと ①夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療 ②代理母 ③借り腹</p>
補助額及び補助回数	<p>(1) 不妊治療（生殖補助医療）1回に対し1夫婦に次の額を補助。 ただし、不妊治療に要した費用の自己負担額（補助対象となる治療に要した健康保険外診療の費用から自治体等の助成額を差し引いた額）と5万円（初回のみ10万円※1）を比較して少ない方の額を補助。自治体等の助成が受けられる場合は、自治体等の助成が優先。 ※1 初回申請…43歳以上に初めて治療する方。治療終了日順に補助回数をカウントするため、治療終了日の早いものが初回となります。初回男性のみで申請した場合、2回目以降に女性の申請を行っても上限額は5万円。 ※2 男性不妊治療…精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術。</p> <p>(2) 1夫婦、補助回数は健康保険治療回数を含めて10回まで。43歳未満の方は、健康保険治療終了後の申請となります。健康保険適用年齢中の混合診療は申請対象外となります。回数制限を超えた方で先進医療をされた場合は申請いただけます。</p> <p>(3) 年度内(4月1日から翌年3月31日)の申請回数に制限なし。年度の判定は治療期間の末日で判断。</p>
申請期限	<p>治療が終了した日の翌年度の7月31日(必着)</p> <p>例：治療終了日 2022年4月～2023年3月 → 申請期限 2023年7月31日</p>
申請方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者はこの申請書の太枠内をすべてご記入ください。</li> <li>・治療の終了したものから順番に申請してください。</li> <li>・複数回分を申請する場合、回数分だけ申請書が必要です。</li> <li>・社内便または郵便でトヨタ自動車健康保険組合に申請してください。</li> </ul> <p>◎送付先 郵送 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6丁目2番地 トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ 社内便送付の場合：区分 健保 トヨタ健保 医療保険室 給付グループ</p>
添付書類	<p>(1) 夫婦関係がわかる公的な書類(戸籍謄本または <u>続柄記載の住民票</u>: 交付日が6ヶ月以内の原本) ※申請時点で1通(2回以上を同時に申請する場合は1通で可。) ※必要に応じ、戸籍謄本をご提出いただく場合があります。</p> <p>(2) 自治体からの助成がある場合は、助成額が記載された <u>自治体発行の通知書の写し</u></p> <p>(3) 不妊治療受診等証明書(医療機関で証明) 自治体からの助成がある場合は、自治体へ提出の証明書写しでも可。</p> <p>トヨタ自動車労働組合の共済金を申請される方は、添付書類をコピーしておくことをお勧めします。</p>
支給日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・審査にはお時間を頂戴いたします。（治療終了から4ヶ月程度かかります）</li> <li>・支給日は毎月5・15・25日(支給日が土・日・祝日の場合はその前日)ですが、長期連休がある場合は別に定める日となります。</li> <li>・書類に不備がある、または書面内容に調査が必要な場合は支給日が遅れます。</li> </ul>

【例1】 35歳で治療開始、健康保険を6回使用、7回目以降 健康保険適用外（全額自己負担で）治療をする場合 残り4回

【例2】 現在までトヨタ健保の補助を5回使用 1回出産、2人目の不妊治療開始が41歳、保険適用を3回使用した場合 残り2回

【例3】 43歳以上はじめて治療を開始する場合・・・健康保険適用外のため、10回

# 不妊治療受診等証明書 (旧 特定不妊治療補助)

下記の者については、生殖補助医療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

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		妻	
		氏名			
		生年月日	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
開始年齢	今回の治療開始時の女性の年齢 ( 歳)				
今回の該当項目	<input type="checkbox"/> 40歳未満であって6回分の保険治療が終了 (終了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満であって3回分の保険治療分が終了 (終了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 43歳以上の開始であって年齢制限超え				
今回の治療期間	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
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				
	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ったが、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。				
(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					
男性不妊治療を行った場合、記載してください。 行った手術療法 ( ) 行った医療機関 ( )					
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)	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>				
	今回の治療にかかった金額合計	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っ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った場合は、男性不妊治療を行っ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った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払っ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。

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っ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。ようお願ひ致します。

去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



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 〇〇〇〇
		生年月日	昭和 平成 〇年〇〇月〇〇日		昭和 平成 〇年〇〇月〇〇日
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歳未満であって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歳未満であって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歳以上の開始であって年齢制限超え <b>健康保険の治療終了日を記入ください↑</b>			
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○→		(該当する記号に○をつけてください)			
今回の治療内容		A: 新鮮胚移植を実施			
		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			
男性不妊治療を行った場合、手術療法と医療機関名を記入→		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ったが、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。			
		(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			
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)		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> 今回の治療にかかった金額合計 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っ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った場合は、男性不妊治療を行っ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った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払っ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。