

保険診療による不妊治療に係る確認書

次の手順に沿って書類を作成し、申請書類一式と合わせてご提出ください。

【加入の医療保険】

受診者名 ・体外受精、顕微授精の場合→妻 ・男性不妊治療の場合 →夫	
記号・番号	・
保険者の名称	☐ 朝霞市国民健康保険 ☐ 全国健康保険協会（ ）支部 ☐ （ ）健康保険組合 ☐ （ ）共済組合 ☐ （ ）

手順1) 医療保険からの給付の確認

受診者の加入している保険組合等に、ご自身の高額療養費の適用区分、付加給付の有無について確認を行い、①及び②にご記入ください。

※限度額適用認定証をお持ちの方は、写しを添付してください。

高額療養費とは…

医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が1カ月（暦月：1日から末日まで）の上限額を超えた場合、その超えた額を支給する制度です。

※適用区分等が不明な方のうち、朝霞市国民健康保険加入者は、市役所1階国保年金課にてご確認ください。

① 高額療養費の適用区分 【ア・イ・ウ・エ・オ】

付加給付とは…

ある一定額を超えた場合、超えた部分の医療費を払い戻してくれる制度です。加入している組合等へ制度の有無をご確認のうえ、対象になる方は、自己負担の上限額が確認できる書類を提出してください。例）組合発行の冊子等の写し

※自己負担の上限額は、加入している医療保険によって異なります。

※組合等によって名称が異なる場合があります。例）一部負担還元金、付加金

② 付加給付（自己負担上限額）【有・無】.....円

手順2) 世帯合算等の確認

①不妊治療とは別に申請に係る受診月と同月に、1つの医療機関等で21,000円以上の医療費（保険診療分）を支払った方はいいますか？

【本人 はい ・ いいえ 】

【同じ医療保険に加入している家族 はい ・ いいえ 】

※はいの場合には、該当する領収書（原本）を添付してください。

②不妊治療とは別に過去1年間に入院等の高額な医療費が掛ったことはありますか？

※過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

【本人 はい（ 回）・ いいえ 】

【同じ医療保険に加入している家族 はい（ 回）・ いいえ 】

手順3) 朝霞市早期不妊治療費助成事業申請額の確認

該当する箇所をご記入ください。

（単位：円）

		月	月	月	月	月	月
A	不妊治療費 ※実施証明書に記載 されている医療費の ひと月ごとの金額						
B	その他治療費 ※手順2) ①に該当 する場合のみ記入						
C	高額療養費の限度額 ※資料1参照						
D	付加給付の 自己負担上限額 ※手順1) ②						
E	ひと月の申請額						

【E ひと月の申請額の記入方法】

- ・ Aのみ記入がある場合 → Aの金額
- ・ A、B、Cに記入がある場合 → 資料1の例2) で算出した申請額
- ・ A、Cに記入がある場合 → Cの金額
- ・ A、Dに記入がある場合 → Aの金額>Dの金額であればDの金額
Aの金額<Dの金額であればAの金額

朝霞市早期不妊治療費助成事業申請額（各月のEの合計額）

, 0 0 0 円

※上限額 100,000 円、1,000 円未満切り捨て

※上記申請額を申請書（様式第1号）に記載してください。

手順4) 添付書類の確認

該当する項目に☑を付け、書類を添付してください。

☐ 限度額適用認定証の写し（お持ちの方のみ）

☐ 付加給付の自己負担上限額が確認できる書類（給付がある方のみ）

例）組合発行の冊子等の写し

☐ 手順2) ① で対象となる 21,000 円以上の領収書の原本（該当者のみ）