

## 保険診療による不妊治療に係る確認書

参考例）以下の内容と仮定し、確認書を作成する場合。

- ・高額療養費の適用区分 【ウ】
- ・付加給付（自己負担上限額）【25,000円】
- ・その他医療費 【5月 39,000円】
- ・不妊治療費 【4月 147,180円】
- 【5月 21,000円】
- 【6月 3,300円】
- ・実施証明書の不妊治療費【171,480円】

【加入の医療保険】

受診者名 体外受精・顕微授精の場合には「妻」 男性不妊治療の場合には「夫」	朝霞 花子
記号・番号	〇〇・〇〇〇〇〇〇
保険者の名称	<input type="checkbox"/> 朝霞市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( )支部 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇〇〇 )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )共済組合 <input type="checkbox"/> ( )

### 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（健保加入者のみ）についての確認を行い、①、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カ月の（暦月：1日から末日まで）上限額を超えた場合、その超えた額を支給する制度です。

健保加入者…………… 高額療養費の適用区分がご不明な方は、加入している組合等へお問い合わせください。

国保加入者…………… 高額療養費の適用区分がご不明な方は、市役所1階保険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ご用意ください。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。

② 付加給付（自己負担上限額）【有・無】 25,000 円

**手順2) 世帯合算等の確認**

① 不妊治療費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 不妊治療費とは別に過去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（  ） ・  いいえ】

【同じ医療保険に加入している家族  はい（  ） ・  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**

表内の該当する箇所にご記入ください。

※Dの行に該当がある場合は、Cの行への記入は不要

		4月	5月	6月	
A	不妊治療費 ※実施証明書のひと月ごとの金額	147,180 円	21,000 円	3,300 円	
B	その他医療費 ※手順2)①に該当する場合のみ記入	0 円	39,000 円	0 円	
C	高額医療費の限度額 ※資料1を参照	Dの行に該当がある場合は、Cの行への記入は不要			
D	付加給付の自己負担上限額 ※手順1)の②	25,000 円	25,000 円	25,000 円	
E	ひと月の申請額	25,000 円	8,750 円	3,300 円	

その他の治療費に該当がある場合は、不妊治療費に掛った費用を按分する必要があります。

①ひと月の不妊治療に掛った費用の割合  
(A) 21,000+ (B) 39,000=60,000円  
(A) 21,000÷ (A+B) 60,000=0.35 35%

②不妊治療費に対する付加給付額  
(A+B) 60,000 - (D) 25,000 =35,000 (その他医療費も含めた付加給付額)  
35,000×0.35=12,250 (不妊治療による付加給付額)

③申請額  
21,000-12,250=8,750 (自己負担額) によって、申請額は8,750円となる。

※付加給付制度は、加入している医療保険等によって制度が異なるため、上記の算出方法と異なる場合があります。

**【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

E ひと月の申請額の合計金額を算出してから、最後に1,000円未満の切り捨てを行ってください。

朝霞市早期不妊治療費申請額（各月のEの合計額） **37,000円**

※上限100,000円、1,000円未満切り捨て

※朝霞市早期不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）の申請額と同額になります。

#### 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（健保加入者で給付がある方のみ）

例）組合発行の冊子等の写し

手順2) の①で対象となる21,000円以上の領収書の原本（該当者のみ）