

令和4年度 不妊治療医療費助成について

- 助成対象 夫婦双方あるいはどちらか一方が当健保の加入者であること
(事実婚による夫婦も申請可とします)
- 助成内容 令和4年4月～12月に受診した不妊治療における保険適用の医療費自己負担額を
(3割相当額)全額補助
なお、お住いの市区町村により不妊治療に関する費用助成がある場合は補助しません
- 申請方法 助成対象期間中に保険適用として不妊治療に要した費用の領収書(原本)をすべて添付して本申請書とともに申請してください。(自費診療分は対象外)
医療費控除申告以外の目的で、医療機関の領収書が必要な場合は事前にコピーを取ってください。(本助成を受ける場合は医療費控除の申告はできません)
- 申請期間 令和5年1月6日～1月31日(健保必着)
- 提出先 所属事業所の健康保険担当窓口
- 補助金支給日 令和5年3月19日 事業主に支給します
- その他 (1) 配偶者が他健保加入者の場合、配偶者分は補助対象外となります。
(2) 夫婦双方が当健保の被保険者(異なる記号番号)の場合は、どちらか一方にまとめて申請してください。(補助金も申請者にまとめて支給します)

不妊治療医療費助成申請書

事業主確認欄

本申請は申請者が作成したものである →

保険証 記号番号 —	被保険(申請)者氏名 給付金の受領を事業主に委任します	現住所(〒 —) 連絡先(—)内線不可
配偶者について	氏名	配偶者区分(該当するものを○で囲む) 当健保の被保険者(記号 番号) 申請者の被扶養者・他健保加入者(※)
婚姻区分	婚 姻・事実婚(※)	受診医療機関名
領収書枚数	枚	申請金額 円

※「他健保加入者」あるいは「事実婚」の場合、関係性の証明のため住民票(続柄省略なし)を添付してください。

※配偶者が他健保加入者の場合は、被保険者分の領収書のみ添付してください。

<健保使用欄> ※申請者は記入しないでください。



申請額 _____ 円
査定額 _____ 円
支給決定額 _____ 円
支給決定日 令和____年____月____日

常務理事	事務長	主任	担当