

岡山市不妊治療費助成申請書

岡山市長 様

申請日（西暦） 2025年 10月 29日

岡山市不妊治療費助成事業実施要綱の規定により、以下の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

- 1 申請にあたり、公簿等により申請者及び配偶者の住民基本台帳の記載事項及び岡山市税の納付状況について確認されること、並びに必要な場合、岡山市以外の自治体に対して助成の有無等、医療機関に対して治療の内容等及び医療保険者に対して高額療養費の支給等について照会されること。
- 2 医療機関等発行の領収書及び明細書の提出を求められる場合があること。
- 3 助成金の交付を受けた後において、新たに当該助成金の算定の基礎となった自己負担額から差し引かれるべき金銭があることが判明したとき、又は他自治体から同様の助成金の交付の全部又は一部の返還を求められること。

申請者は、助成金の振込先口座名義人と同一の方としてください。

【受診した夫婦の情報】

申請者 (口座名義人)	宛 名 番 号							※記入不要（岡山市が記入）	
	フリガナ（※1）	オカヤマ ヤスコ						性別	男・女 女
	氏 名（※1）	岡山 康子			生年月日（西暦）	1993年 7月 2日			
	郵便番号	700-1234							
	住 所	岡山市北区鹿田町1-1-1 鹿田マンション321号室							
	電話番号	090-1234-56xx							
	加入している医療保険（※2）	医療保険者名	〇〇〇健康保険組合					※不妊治療を受けていない場合は記入不要	
	限度額適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ							
配偶者	宛 名 番 号							※記入不要（岡山市が記入）	
	フリガナ（※1）	オカヤマ ケン						性別	男・女 男
	氏 名（※1）	岡山 健			生年月日（西暦）	1989年 12月 15日			
	郵便番号	※申請者と同一の住所の場合は記入不要							
	住 所								
	電話番号	090-9876-54xx							
	加入している医療保険（※2）	医療保険者名						※不妊治療を受けていない場合は記入不要	
	限度額適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ							
事実婚に該当する場合は、こちらにチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/>									

（※1）姓と名の間はスペースを空けてください。

（※2）治療期間中のものを記入してください。限度額適用区分については、限度額確認 又は 加入している医療保険者にお問い合わせください。

配偶者の方が不妊治療（男性の場合は男性不妊治療）を受けた場合は、記入及び該当する区分にチェック☑を入れてください。 ※受けていない場合は記入不要です。

【不妊治療を受けた主たる医療機関の情報】

医療機関の名称	岡山〇〇病院	支給の対象になる方（支払った高額な医療費の払い戻しを受けることができる方）は、必ず保険者へ申請をしてください。	保険者から交付される支給決定通知書に記載の金額を記入してください。
医療機関の所在地	岡山市〇区〇〇〇1		

【高額療養費等の受給情報】

高額療養費の受給有無（※3・4）	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	→「有」の場合：	受給額	5,500 円
付加給付金の受給有無（※4）	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→「有」の場合：	受給額	円

（※3）限度額認定証又はマイナ保険証の利用により、医療機関窓口で支払った医療費(自己負担額)が自己負担限度額までとなった場合は、「無」にチェック☑を入れてください。

（※4）申請者又は配偶者が、加入している医療保険から当該治療に係る医療費等の高額療養費又は付加給付金の給付を受ける場合（予定を含む。）は、「有」にチェック☑を入れたうえ、受給額を記入してください。

※ 受給の要件や受給有無・受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者にお問い合わせください。

→裏面へつづく

→表面からのつづき

医療機関窓口へ支払った金額（保険適用分の自己負担額）を記入してください。
 ※院外処方がある場合は、薬局へ支払った薬剤費も含む。
 ⇒原則、受診証明書に記載の領収金額と同額になります。

【不妊治療に係る医療費及び申請額等の情報】

① 機関への支払額(自己負担額) (* 保険適用分に限る)	175,980 円	「受診証明書」に記載された領収金額(自己負担額)の合計額と同額であること。 ※院外処方がある場合、「調剤証明書」に記載された領収金額(自己負担分)の合計額を含む。
② 高額療養費の受給額	5,500 円	高額療養費等の受給情報項目の受給額と同額
③ 付加給付の受給額	0 円	高額療養費等の受給情報項目の受給額と同額
④ 助成対象経費	170,480 円	①-②-③
⑤ 助成申請額	100,000 円	④の額。ただし、上限10万円。

当該治療に関して、他制度の補助及び他自治体から同額の助成金の交付を受けていません。又は、受ける予定はありません。（確認後、チェック☑を入れてください。）

助成対象経費が10万円を超える場合は、申請額は10万円になります。

次の（１）及び（２）の金額が一致することを（確認後、チェック☑を入れてください。）（必須）

- (1) 「受診証明書」に記載された〔医療費の領収金額(自己負担額)(* 保険適用分に限る)〕の合計 (※5)
- (2) 医療機関にて自己負担した金額 (※6) (* 保険適用分に限る)とし

助成金の振込先口座名義人と申請者は、同一の方としてください。
 ※名義変更ができておらず、フリガナが異なる場合等は口座の名義変更手続きをしてから申請をしてください。
 ※申請後、助成金の振り込みが完了するまでは口座の変更手続き（カナ変更、解約等）はしないでください。

【振込先口座情報】

振込口座 (※7)	金融機関名 (※8)			金融機関コード				支店名			支店コード		
	●●●● 銀行 金庫・農協 信組・漁協・信連 信漁連			0 1 6 x				●●● 本店・本所 支店・支所 出張所			2 3 x		
	口座種別コード		口座番号		←右詰めで記入してください。								
	① 普通預金	2 当座預金	0 0 0 1 2 3 x										
口座名義人カナ (※9)													
オ カ ヤ マ ヤ ス コ													

- (※7) 口座名義人は、必ず申請者と同じ方としてください。
- (※8) ゆうちょ銀行の場合は、支店名欄から口座番号欄までは、通帳見開き下部に記載されている振込用の店名・店番号・預金種目・口座番号(7桁)を記入してください。
- (※9) 姓と名の間はスペースを空けてください。また、濁点(°)や半濁点(゜)は一字分としてください。

【必要書類】

- (1) 岡山市不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号）
- (2) 岡山市不妊治療費助成事業調剤証明書（様式第3号） ※当該治療に係る院外処方がある場合
- (3) 高額療養費又は付加給付の受給額が確認できる書類（各保険者から交付される支給決定通知書等）
 ※当該治療に係る高額療養費又は付加給付の給付を受ける場合
- (4) 申請者及び配偶者の住民登録等が確認できる書類（住民票（続柄と本籍が記載されたもの））
- (5) 夫婦であることが確認できる書類（戸籍謄本等） ※法律上の夫婦であって住民票で夫婦であることが確認できない場合
- (6) 事実婚関係に関する申立書（様式第4号） ※申請者及びその配偶者が事実婚関係にある場合
- (7) 助成金の振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）
- (8) その他市長が必要と認める書類（ ）

【電子申請の際の注意事項】

- ・この申請書の内容に加え、受診証明書等の内容も記入してください。
- ・電子申請（申請書のオンライン提出）から7日以内に必要書類を岡山市保健所健康づくり課宛に提出してください。（郵送可）