

2022年4月からの健康保険適用について

2022年4月以降、健康保険適用外で行っていた検査、処置などの一部が健康保険の対象となっています。

健康保険を使用して一般不妊治療（タイミング治療、人工授精）、生殖補助医療（体外受精、胚移植など）を行うためには、下記の書類のご提出が必要となります。

- (1) 婚姻関係についての確認書（法律婚用は[こちら](#) 事実婚用は[こちら](#)）
- (2) 治療計画書

「(1)婚姻関係についての確認書」はダウンロードしてお持ちいただいてもかまいません。スタッフにお渡しください。

「(2) 治療計画書」の説明については、原則としてお二人の同席の下、医師から説明を受け計画書に同意していただく必要があります。やむを得ず同席が困難な場合は、後日ご来院していただき治療計画のご説明を致します。

【生殖補助医療の年齢、治療回数について】

生殖補助医療（体外受精、胚移植など）は治療開始日の年齢が43歳未満の方が健康保険の対象となります。

治療回数は、治療開始日のご年齢が40歳未満の方は一人につき胚移植6回、40歳以上43歳未満の方は胚移植3回まで。次の児の妊娠を目的として胚移植を実施の場合、治療開始時のご年齢が40歳未満の方は一人につき胚移植6回、40歳以上43歳未満の方は胚移植3回までとなります。

【高額療養費】

一カ月の医療費が高額になった場合、高額療養費制度があります。ご自身で加入されている健康保険へ「限度額認定証」の申請をしていただきますと自己負担限度額を超える分を窓口で支払う必要がなくなります。

保険診療をご希望の方は早めにお手続きしていただき、月初めに保険証と一緒に受付へご提出ください。提出されなくても後日、保険者より差額分が払い戻しされます。手続き方法などは加入されている健康保険へご確認ください。

[高額な外来診療を受ける皆様へ（厚生労働省）>>](#)

2022年4月～ 保険適用価格（3割負担金）

人工授精の費用

- ・一般不妊治療管理料 750円（3ヶ月に1回）
- ・人工授精 5,460円

体外受精・胚移植の費用

- ・生殖補助医療管理料 900円（1ヶ月に1回）

支払日		1個	2～5個	6～9個	10個以上	
採卵日	(1)採卵術	9,600円				
	(2)卵子数	7,200円	10,800円	16,500円	21,600円	
	(3) 受精方法	体外受精	12,600円			
		顕微授精（顕微実施数）	14,400円	20,400円	30,000円	38,400円
		体外受精+顕微授精	体外受精6,300円+顕微授精実施数の金額			

（例）8個採卵し、8個体外受精をした場合 (1)9,600円+(2)16,500円+(3)12,600円=38,700円

8個採卵し、8個顕微授精をした場合 (1)9,600円+(2)16,500円+(3)30,000円=56,100円

支払日		1個	2～5個	6～9個	10個以上
培養結果 説明日	(4)受精卵・胚培養管理料	13,500円	18,000円	25,200円	31,500円
	(5)胚盤胞加算	4,500円	6,000円	7,500円	9,000円
	(6)胚凍結保存管理料（導入時）	15,000円	21,000円	30,600円	39,000円

（例）8個胚盤胞まで培養し、3個凍結した場合(4)25,200円+(5)7,500円+(6)21,000円=53,700円

- ・治療開始時の年齢

40歳未満→患者一人につき胚移植6回 40歳以上43歳未満→患者一人につき胚移植3回

- ・次の児の妊娠を目的として胚移植を実施の場合、

治療開始時の年齢40歳未満→患者一人につき6回、40歳以上43歳未満→患者一人につき3回

移植日	新鮮胚移植	22,500円
	高濃度ヒアルロン酸含有培養液	3,000円
	凍結胚融解移植	36,000円
	高濃度ヒアルロン酸含有培養液	3,000円
	アシステッドハッチング	3,000円

胚凍結保存維持管理料※	10,500円
-------------	---------

※保険の適用には一定の条件があります。

診察料、薬、検査、誘発費用が別途かかります。

婚姻関係についての確認書

不妊治療を行うにあたり、下記事項に相違ないことを認めます。

1. 私達は法的婚姻関係にあります。
2. 夫婦関係に変更があった場合（離婚）速やかに貴院に申し出ます。
3. 婚姻関係の申告に相違があり、それによって問題が生じた場合、その責任は貴院に問いません。

年 月 日

夫氏名（自署）_____

妻氏名（自署）_____



受取り	控え
/ 印	印

2022.3.17

事実婚関係についての確認書

不妊治療を行うにあたり、下記事項に相違ないことを認めます。

1. 私達は事実婚関係にあり、両者とも当人以外と婚姻関係はありません。
2. 世帯の確認 どちらかにチェックをお願いします。
私達は同一世帯です。 ※同一世帯…住民票の住所および生計が同じである世帯
別世帯です。理由（必須）

3. 治療の結果出生した子について両者とも認知を行う意向があります。
4. 事実婚関係に変更があった場合（事実婚解消、事実婚夫婦の婚姻等）速やかに貴院に申し出ます。
5. 上記の申告に相違があり、それによって問題が生じた場合、その責任は貴院に問いません。

年 月 日

パートナー氏名（男性）自署 _____

パートナー氏名（女性）自署 _____



受取り	控え
/ 印	印

2022.3.22