

阿賀野市不育症治療費助成のご案内（令和5年4月～）

不育症とは？

妊娠はするものの、流産、死産又は新生児死亡などを繰り返してしまう症状のことをいいます。

阿賀野市では、不育症治療に要する費用の一部を助成します。



■ 対象者

不育症治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦で、以下のすべてに該当する方

- (1) 医療機関において不育症と診断され、治療の必要が認められた方
- (2) 治療期間中から申請日において夫婦の両方が市内に住所を有している方
- (3) 治療期間の初日の年度及びその前年度において、市税等の滞納がない方
- (4) 1回の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である方
- (5) 医療保険各法に基づく被保険者もしくは組合員又は被扶養者

■ 助成内容

助成金額：1治療当たり10万円が限度 助成回数：1夫婦5回まで
治療期間中に転入した場合は、夫婦両方が転入した日からの治療費のみ助成。

医療機関で行った不育症治療等に係る保険診療の自己負担額及び保険診療対象以外の治療費が対象です。

※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、その他治療に直接関係のない費用は助成対象外です。

■ 申請方法

治療の終了した日から3か月以内（2月～3月に治療が終了した場合は、翌年度4月30日まで）に水原保健センターへ申請してください。

■ 必要書類 ※申請書・証明書はホームページよりダウンロードできます。

- ①阿賀野市不育症治療費助成金交付申請書
- ②阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書
- ③阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書 ※薬局の支払いがあった方のみ
- ④不育症治療を受けた医療機関などが発行する領収書及び診療明細書（原本）
- ⑤戸籍謄本
- ⑥直近2年度分の納税証明書 ※阿賀野市外で課税されている方のみ
- ⑦夫婦の健康保険の加入状況がわかる書類（健康保険証など）
- ⑧振込先口座がわかる書類（通帳など）

※その他、必要書類をお願いする場合があります。

<問い合わせ>

阿賀野市役所 健康推進課 子育て世代包括支援センター
子育て係 TEL0250-62-2510