阿賀野市特定不妊治療費助成・不育症治療費助成

市では、特定不妊治療・不育症治療に要する医療費の一部を助成しています。
治療を開始した方や申請を予定している方は、事前に問合せ先までご連絡ください。

■ 対象者　次のすべてに該当する方が助成対象です。

特 定 不 妊 治 療	不 育 症 治 療
特定不妊治療を受けた夫婦（事実婚を含む） ※特定不妊治療とは、体外受精及び顕微授精（凍結胚移植を含む）をいいます。	不育症治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦 ※不育症とは、妊娠後に、流産、死産または新生児死亡などを繰り返してしまう症状をいいます。
特定不妊治療以外の治療法では妊娠の見込みがないか極めて少ないと医師が診断したもの。	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もの。
初回の治療期間の初日における妻の年齢が、43 歳未満であること。	1 回の治療期間の初日における妻の年齢が、43 歳未満であること。
加入する健康保険の高額療養費が支給対象となる場合は、支給申請を必ず行うこと。	夫婦ともに医療保険各法に基づく健康保険に加入していること。
夫婦の両方が、治療期間中から申請時までにおいて市内に住所を有すること。	
1 回の治療期間の初日が属する年度及びその前年度において、市税等の滞納がないこと。	

○ 治療した月のすべての受診等（当該治療以外の受診も含む）にて、マイナ保険証を医療機関の機械に読ませる際、限度額情報の表示に 「すべて同意」を押している必要があります。
○ 治療者の加入する健康保険に、本人以外も加入している場合、その方も上記の操作をしてください。

■ 助成内容

特 定 不 妊 治 療	不 育 症 治 療
助成金額：1 治療あたり上限 15 万円 ※1 治療とは、治療開始から妊娠判定（陽性・陰性）または治療中断等までの治療のことです。	**助成金額：1 治療あたり上限 10 万円** ※1 治療とは、治療開始から出産までの治療のことです。
助成回数：夫婦 1 組につき 6 回まで ・初回の治療開始時の妻の年齢が 40 歳以上 43 歳未満の場合は、3 回まで。 ・助成を受けた後に、出産した場合または妊娠 12 週以降に流産・死産した場合は、既に助成を受けた回数が 0 回にリセットされます。	**助成回数：夫婦 1 組につき 5 回まで**
申請期限：1 治療が終了した日から 6 か月	**申請期限：1 治療が終了した日から 3 か月** ※ただし、2 月～3 月に治療が終了した場合は、翌年度 4 月 30 日までとなります。

○ 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します。
○ 医療機関で行った治療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　次の書類をそろえて、市役所 こども課 窓口へ持参してください。

No.	特定不妊治療	不育症治療	市確認事項
1	阿賀野市特定不妊治療費 助成金交付申請書	阿賀野市不育症治療費 助成金交付申請書	・助成要件を満たしている
2	阿賀野市特定不妊治療 保険医療機関等証明書	阿賀野市不育症治療 保険医療機関等証明書	・申請期限を過ぎていない ・医療機関が複数の場合 証明額がまとまっている
3		**※薬局の支払いがある方のみ** 阿賀野市不育症治療 保険薬局等証明書	・医療機関が複数の場合 証明額がまとまっている
4		戸籍謄本	・婚姻関係にある
5	特定不妊治療・不育症治療を受けた医療機関等が発行する領収書及び診療明細書（原本）		・高額療養費適用の有無
6	振込先口座のわかる書類 （夫婦いずれかの名義の通帳（アプリ可）・カードなど）		・申請書の記載と照合
7	**※治療者の加入する健康保険が、阿賀野市国民健康保険の方のみ** 資格確認書（マイナポータルの画面の写しでも可）		・資格適用期間を確認
8	**※転入等により、阿賀野市で納税状況が確認できない方のみ** 申請する治療期間の初日が含まれる年度及びその前年度の納税証明書（市税の未納がないという証明書）		・治療初日の前々年度の属する１月１日時点での住民登録地
9	**※高額療養費を申請する必要がある方のみ** 高額療養費の振込通知書 ⇒申請期限までに用意できない場合、まずは高額療養費の受給資格が証明できる書類の写しをご提出ください。） 次に該当する方は、高額療養費が正しく算定できずに振込申請が必要な場合があります。詳細は加入する健康保険へご確認ください。 ・治療した月のすべての受診等（当該治療以外の受診も含む）にて、マイナ保険証を医療機関の機械に読ませる際、限度額情報の表示に「すべて同意」を押していない。 ・治療者の加入する健康保険に、本人以外も加入している。 （家族の扶養に入っている・家族を扶養にしている等）		・治療期間月のすべての受診で「すべて同意」を押している ・健康保険に治療者本人以外が加入してない ⇒加入している場合は、ほかの加入者も上記のとおり同意している ※すべて同意していない場合は、加入する保険者へ確認するよう案内
10	**※付加給付・見舞金等を申請する必要がある方のみ** 付加給付・見舞金等の振込通知書 支給有無や金額は、健康保険によって異なります。不明な場合は、加入する健康保険へご確認ください。		・付加給付・見舞金等の有無 ※不明な場合、保険者へ確認するよう案内

○ 申請書・証明書の様式は、市ホームページからもダウンロードできます。
○ 高額療養費・付加給付・見舞金等が支給される場合は、それを差し引いた金額を助成します。
○ 上記支給がある場合、振込通知書は診療月（振込申請後）の 3～4 か月後ごろ届くのが一般的です。

■ 特定不妊治療を実施する指定医療機関の一覧は、
右の QR コード（市ホームページ）からご確認いただけます。

＜問合せ先＞ 阿賀野市役所 こども課 子育て支援係　TEL：0250-62-2510（代表）