

令和7年度

伊達市特定不妊治療費助成事業



伊達市では、特定不妊治療〔体外受精、顕微授精、男性不妊治療（不妊検査含む）〕を受けたご夫婦の経済的な負担を軽減するため、自己負担の一部を助成します。

治療費が高額になる場合には、**高額療養費**の制度があります。また、加入されている健康保険によっては**附加給付**もあります。高額療養費の払戻しや附加給付の対象になった場合は、伊達市特定不妊治療費助成事業の申請に書類が必要となりますので、申請前に必ずご加入の健康保険者にご相談ください。（裏面参照 〈重要〉）

《対象となる方》

特定不妊治療を実施し、申請日において下記のすべてにあてはまる方

- (1) 医師から不妊治療が必要と診断され、特定不妊治療を受けた夫婦（事実婚関係を含む）
- (2) 治療開始日の妻の年齢が43歳未満かつ保険の回数制限を超えていない方
- (3) 夫婦いずれか一方が、市内に住所を有している方
- (4) 夫婦いずれか一方が、福島県を除く他自治体の特定不妊治療費（不妊検査等含む）の助成を受けていない方

《助成内容》

(1) 対象治療 a. 特定不妊治療

b. a に関係する不妊検査、薬物療法等

※a のみ、または a と b を併せて実施した場合に対象となります。

(2) 対象費用 対象治療の医療保険適用自己負担額及び医療保険適用外自己負担額から高額療養費（払戻し）、附加給付、福島県不妊治療支援事業等の支給（給付）金額を差し引いた額

(3) 助成額 治療1回につき

治療ステージ	助成額
A、B、D、E	上限15万円
C、F	上限5万円
男性不妊治療	上限15万円

男性不妊治療は、体外受精、顕微授精を行うに当たり、精巣または精巣上体から精子を採取する手術であること。

(4) 助成回数 初めて助成を受けた際（または回数リセット後）の治療開始日の妻の年齢が40歳未満の場合6回
40歳以上43歳未満の場合3回

※43歳の誕生日以降に開始した治療は、回数内の治療であっても対象外となります。

※出産または妊娠12週以降に死産に至った場合は、助成回数をリセットすることができます。

《治療ステージと助成対象範囲》

治療実施

治療内容	採卵	採精 (夫)	受精	胚移植			妊娠 判定
				新獲胚 移植	胚凍結	凍結胚 移植	
A 新獲胚移植を実施							
B 凍結胚移植を実施（受精卵を一旦凍結し、母体の調整後胚移植）							
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施							
D （採卵後）体調不良等により移植のめどが立たず治療終了							
E 受精できず（採卵し受精させたが、胚の分割停止等により中止）							
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止							

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、または状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も男性不妊治療助成の対象となります。

《必要書類等》

書類名等※	備考
☐ 伊達市特定不妊治療費助成申請書兼請求書〈様式第1号〉	・「助成金交付申請・請求額」の欄は訂正ができないため、 <u>申請窓口で確認の上記載していただきます。</u> それ以外の欄はすべてご記入ください。必ず押印してください(スタンプ印不可です)。
☐ 同意書〈様式第2号〉	
☐ 伊達市特定不妊治療費受診等証明書〈様式第3号〉	・受診した医療機関に記載してもらうこと。(発行の度に医療機関にて文書料が発生します。)
☐ 伊達市特定不妊治療費領収金額明細書(保険診療用) 〈様式第4号〉	
☐ 伊達市特定不妊治療費領収金額明細書(自費用)〈様式第5号〉	
【法律上の夫婦】 ☐ 夫婦それぞれの住所が確認できる書類(世帯全員分の住民票) ☐ [夫婦の住所が異なる場合]戸籍謄本 【事実婚の夫婦】 ☐ 夫婦それぞれの住所が確認できる書類(世帯全員分の住民票) ☐ 夫婦それぞれの戸籍謄本 ☐ 事実婚関係に関する申立書 〈様式第6号〉 【助成回数リセット対象者】 ☐ 生まれた児の氏名、生年月日、児と夫婦の親子関係が確認できる書類(世帯全員分の住民票または戸籍謄本) ☐ [死産によるリセットの場合]死産届の写し	・住民票・戸籍謄本は、発行から3か月以内のもの。 ・住民票は、マイナンバー(個人番号)の記載がないもので、続柄、前住所地の記載を省略しないこと。 ・または、母子健康手帳など死産が確認できるもの。
【高額療養費の支給あり】 〈重要〉 ☐ [払戻しの対象となった場合]支給金額が確認できる書類等の写し	【高額療養費】 ・不妊治療の自己負担額が限度額に満たない、またはマイナンバーカードや限度額適用認定証等を提示して受診しているも、同じ月に不妊治療以外の受診や他扶養家族が受診している場合(不妊治療実施医療機関以外含む)は、払戻しの対象となる場合があります。詳しくは健康保険者にご確認ください。対象期間は様式第3号に記載された治療期間です。払戻しの対象となった場合、お早めに必要な手続きを行ってください。なお、払戻しの有無が確認できるようになるのは、治療終了から4か月程度かかります。
【附加給付あり】 ☐ 給付額が確認できる書類等の写し	【附加給付】 ・附加給付の有無は健康保険者にご確認ください。対象期間は様式第3号に記載された治療期間です。なお、附加給付の有無が確認できるようになるのは、治療終了から4か月程度かかります。
【福島県不妊治療支援事業等の助成あり】 ☐ 決定通知書の写し ☐ 受診等証明書の写し ☐ 受診等証明書記載の額が確認できる明細書等の写し	・受診等証明書、明細書等は、県に提出する前に取った写しをお持ちください。
☐ 振込先の通帳	・夫婦どちらかの名義であること。
☐ 夫婦それぞれの身分証明書の写し 顔写真つきの証明書(運転免許証、マイナンバーカードなど) 上記がない場合は、顔写真なし身分証明書2点。	・写しても可能。運転免許証、住民基本台帳カードの場合は、両面の写し。マイナンバーカードの場合は、表面(顔写真)の写しのみで裏面(個人番号)の写しは不要。
☐ 印鑑	・申請書兼請求書〈様式第1号〉に押印した印鑑をお持ちください。

《申請期限》

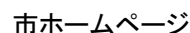
※各様式は市ホームページからダウンロードできます。

治療終了日から1年以内

※必要書類がそろいましたら、お早めに市へ申請してください。
※お問合せや申請のために来所される日時について、事前に右記来所予約フォームにて予約または下記申請先にご連絡ください。

《申請先・お問い合わせ先》

伊達市健幸づくり課 地域母子係 TEL:024-576-3510
住所:伊達市保原町太泉字大地内100番地(伊達市保健センター)



来所予約フォーム

