

## 令和7年度 石岡市不妊治療費補助事業のご案内

※初めて治療される方は、事前にこども家庭センターに相談ください。

【対象者】 次の全ての要件に該当している夫婦が対象です。

- 治療開始日から申請日までの間、夫婦（法律上の婚姻をしている者であること。ただし、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実上婚姻関係にある者も対象とする。）のいずれかが継続して市内に住所を有している
- 不妊治療以外の治療法による妊娠の見込みがない（または極めて少ない）と医師に診断されている
- 市税等の滞納がない（申請者及び当該世帯に属する者）
- 治療開始日における妻の年齢が43歳未満である
- 補助の対象となる期間内に対象の治療を受けている

【助成額】

1回の治療につき5万円（かかった費用の額が5万円に満たない場合は、その額）

※治療開始日に妻の年齢が40歳未満の場合は通算して6回、40歳以上43歳未満の場合は通算して3回まで補助。

※治療ごとに1回ずつの申請が必要です。

治療内容等、個別性が高いため、次の治療開始前に、必ずこども家庭センターにご相談ください。

【対象となる治療】

1. 保険医療機関で実施する生殖補助医療（保険適用治療）
2. 生殖補助の過程で精子を採取するために実施される男性不妊治療に係る経費（保険適用治療）
3. 先進医療に係る経費（保険適用治療と同時に実施することが認められた経費のみに限る）

※ただし、以下については助成の対象外となります。

- 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠又は出産するもの
- 夫婦以外の第三者からの精子、卵子、又は胚の提供によるもの
- 食事療養標準負担額、個室使用料及び文書料に係る費用

【助成対象期間】 ※予算の状況に応じて、申請期限日以前に締め切る場合があります。ご了承ください。

治療終了日が令和7年4月1日から令和8年3月31日の治療が対象。

★治療終了日とは、「不妊治療受診等証明書」にて医師が記載した治療期間の末日とする。

裏面例をご確認下さい。

【申請方法】 下記の必要書類を揃え、こども家庭センターの窓口で申請してください。

★治療開始前に、こども家庭センターに相談（TEL可）して下さい。

令和7年4月1日から令和8年3月31日に治療終了日がある方：令和8年3月31までに申請

ただし、令和8年1月1日から3月31日に治療終了日がある方は、治療終了日（治療終了日を含む）から90日以内に申請して下さい。 以降は受けられません。

下記必要書類を揃えて、こども家庭センターの窓口で申請してください。

必要書類 2、6については、石岡市ホームページよりダウンロード、又は、こども家庭センターにてお渡しします。7、8については、省略可能です。1、3については、申請で来所される際に記載いただきます。

1. 不妊治療費補助金申請書兼実績報告書
2. 不妊治療受診等証明書（原本をお持ちください）
3. 不妊治療費補助金交付請求書
4. 医療機関発行の領収書および明細書（原本をお持ちください）
5. 戸籍謄本（夫婦の住所が異なる場合のみ）
6. 事実上の婚姻関係にある方は、「事実婚姻関係に関する申立書」及び、夫婦各々の戸籍謄本
7. 住民票の写し
8. 完納証明

### 《保険適用限度額適用認定についてのご案内》

- 保険適用限度額適用認定申請書を保険者に提出したうえで、認定証の発行を受けてください。
- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と「保険証」をあわせて医療機関の受付に提出してください。
- マイナ保険証に移行している可能性がございます。詳しくは、ご加入されている健康保険ご担当者にご確認下さい。

様式第3号（第5条関係）  
不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の治療によって妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、保険適用となる不妊治療に先立医療を併用して実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名前及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

受診者氏名	姓	名	
受診者生年月日	年 月 日（漢）	年 月 日（漢）	
治療方法 （該当する項目の○を付けてください）	生殖補助医療（保険適用） 生殖医療（保険適用外）	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z PIS、タイムアップス、子宮内胎着床移植（IUI/ALICE）、顕微鏡下子宮内授精受精検査（IVF）、子宮内鏡スクリップ、その他（ ）	
胎性不妊治療	生殖補助医療の過程で精子を採取する手術	有 / 無	
妊娠の有無	有 / 無	胎外胎の有無	有 / 無
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日（妊娠継続又は治療を中止した日）		
納付金額	【今回の治療補助医療（胎性となる男性不妊治療含む。）にかかった金額】 医療費（保険適用分） 領収金額 円 【今回の先立医療にかかった合計金額（保険適用外）】 先立医療費 納付金額 円		

治療終了日は、こちらをご確認下さい。

問い合わせ先  
こども家庭センター（石岡保健センター内）  
石岡市杉並二丁目1番1号  
（平日8:30~17:15）  
電話 0299-24-1390