

令和8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や申請に際してご不明点がある方は、**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
- ☑ 市税の滞納がない（申請者及び当該世帯に属する者）
- ☑ 補助の対象となる期間内に対象の治療を受けている

【補助回数及び回数】

1回の治療につき**上限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）

補助回数は、石岡市で初めて不妊治療費補助金交付を受けた際の治療開始日の妻の年齢が40歳未満の場合は通算して6回、40歳以上は通算して3回までとなります。

※治療終了ごとに1回ずつの申請が必要です。

★治療開始日とは、「不妊治療受診等証明書」にて医師が記載した治療期間の開始日とする。

【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
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
3. 先進医療に係る経費（生殖補助医療を受けた者が、当該治療に追加する場合に限る）

※ただし、以下については補助の対象外となります。

- 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
- 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
- 食事療養標準負担額、個室使用料及び文書料に係る費用

【補助対象期間】 ※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8年4月1日から令和9年3月31日の治療。

★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。

【申請方法と期限】 裏面の必要書類を準備し、こども家庭センターの窓口で申請してください。

治療終了日の属する年度の末日。又は、治療終了日から90日以内に申請してください。

※申請期限がありませんので、ご注意ください。

【必要書類】

1. 不妊治療受診等証明書（様式第3号）（原本をお持ちください）
2. 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）
3. 申請者の口座が分かるもの

※1～3に加え、提出書類が必要な方

4. 戸籍謄本（夫婦の住所が異なる場合のみ）
5. 事実上婚姻関係にある方は「事実婚姻関係に関する申立書（様式第2号）」及び、夫婦各々の「戸籍謄本」

※石岡市住民基本台帳及び市税の滞納状況についての公簿を照会することに同意される方は、「住民票の写し」と「完納証明」の提出は不要です。

必要書類1と5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窓口にてお渡しします。

《限度額適用認定証についてのご案内》

- 医療機関等の窓口でのお支払いが高額となる場合「限度額適用認定証」を事前に申請することにより、保険適用分の医療費の自己負担を限度額まで抑えることができます。
- 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。

【治療開始日と治療終了日について】

様式第3号（第6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法によっては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、生殖補助医療を実施し、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

医療機関の名称及び所在地
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 | 夫 | 妻 |
| 受診者生年月日 | 年 月 日（歳） | 年 月 日（歳） |
| 今回の治療方法 （該当する項目に○を付けて下さい。） | 生殖補助医療（保険適用） | A B C D E F（注）を参照し、○を付けてください。 |
| | 生殖補助医療（保険適用外） | A B C D E F（注）を参照し、○を付けてください。 |
| | 先進医療（保険適用外） | 実施内容を裏面に記載してください。 |
| 男性不妊治療 | 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 | 院外処方の有無 有・無 |
| 今回の治療期間※1 | 年 月 日 ～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日） | |
| 領収金額 | 【今回の生殖補助医療（対象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） | |
| | 医療費（保険適用外） 先進医療分を除く） | |
| | 【今回の先進医療にかかった金額】 医療費（保険適用外）裏面に詳細記入願います。 | |

治療開始日と治療終了日は、こちらをご確認下さい。

(2) 患者が希望し医療機関の説明内容を十分に納得した上で、同意書に署名し受けた先進医療であるもの
(注) 助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。
A 卵巣移植を実施 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 E 授精できず、又は胚の分裂停止、実性、多精子受精などの異常授精等による中止
F 採卵した胚が得られない又は状態のよい胚が得られないため中止（採卵に至らないケースは助成対象外）
男性不妊治療 生殖補助医療の過程で精子を採取する手術

問合せ先

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