

# 上越市不妊不育治療費助成事業

上越市では、子どもを産み育てたいと願う方々が行う不妊治療または不育治療に係る治療費の経済的負担を軽減するため、助成を行っています。令和5年度からは、生殖補助医療（体外受精、顕微授精、男性不妊の手術）に対する助成内容を拡充します。

**対象者** 上越市に住民登録があった期間に、不妊治療 または 不育治療を行っていた人  
※年齢による制限はありません。

**助成内容** 申請の対象となる治療の時期に応じて、助成金額の算出方法が異なります。

## ○申請の対象となる治療の末日が令和5年4月1日以降の治療

区分	A	B	C
対象となる治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険適用の生殖補助医療（体外受精、顕微授精、男性不妊の手術）</li> <li>上記と組み合わせて行った先進医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険適用外の生殖補助医療</li> <li>保険適用外の生殖補助医療と組み合わせて行った先進医療</li> <li>単独で行った先進医療</li> <li>一般不妊治療</li> </ul>	不育症と診断された人に対して行われる治療
治療内容の例示 <a href="#">注1</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎生殖補助医療（次の①～⑤がおおむね一つの治療周期）</li> <li>①採卵または採精</li> <li>②体外受精または顕微授精</li> <li>③受精卵・胚培養</li> <li>④胚凍結保存（凍結胚移植の場合）</li> <li>⑤胚移植</li> <li>◎先進医療</li> <li>・子宮内膜刺激術</li> <li>・タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</li> <li>・子宮内膜受容能検査</li> <li>・子宮内細菌叢検査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎一般不妊治療</li> <li>・原因検索のための検査</li> <li>・原因疾患への治療</li> <li>・タイミング法、人工授精</li> <li>・治療のために処方された薬代</li> </ul> <p>※生殖補助医療と先進医療は、左記を参照</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原因検索のための検査</li> <li>・原因疾患への治療</li> <li>・治療のために処方された薬代</li> </ul>
対象経費	主治医が治療に要する期間として必要と認める期間に受けた治療に係る自己負担額 <a href="#">注2</a>	治療に要した期間の初日から起算して1年が経過する日までの間に受けた治療に係る自己負担額	
対象経費から差し引くもの	高額療養費等、国または都道府県など他の地方公共団体から受けた助成金 <a href="#">注3</a>		
助成率	10分の10（百円未満切捨）	2分の1（百円未満切捨）	2分の1（百円未満切捨）
上限額	10万円	10万円	10万円
助成回数の限度	無制限	交付の対象となる治療に要した期間の初日が属する年度につき1回	
申請期限	交付の対象となる治療に要した期間の末日から1年以内	交付の対象となる治療に要した期間の末日から1年以内	

[注1](#) 表の中にあるもの以外にも、主治医が必要と認めて行った治療については、助成対象となります。

[注2](#) 生殖補助医療を複数回行った場合は、その回数分をまとめて一度に申請することもできますが、治療に要する期間の証明については、治療の周期ごとに主治医の証明を受けてください。

[注3](#) 治療費が高額になるときは、申請前に次のことを確認してください。

- ・保険者からの高額療養費等の払い戻し額が決定している
- ・あらかじめ保険者から「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関に提出している

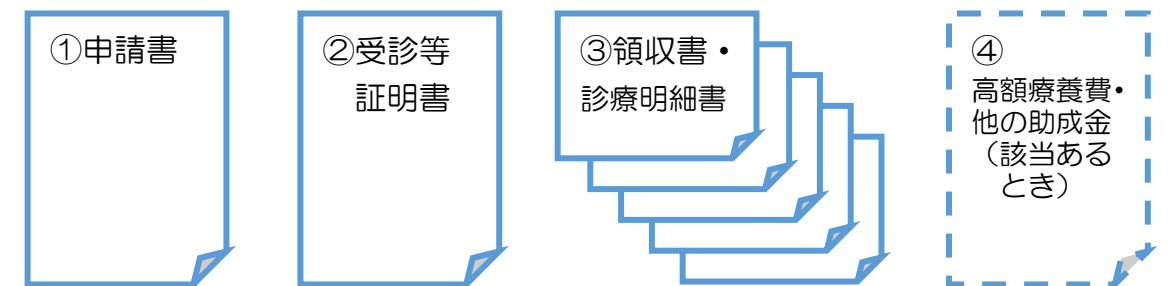
## ○申請の対象となる治療の末日が令和5年3月31日以前の治療

令和5年度における経過措置による助成です。

区分	不妊不育治療
対象となる治療	「申請の対象となる治療の末日が令和5年4月1日以降の治療」と同じ
対象経費	治療に要した期間の初日から起算して1年が経過する日までの間に受けた治療に係る自己負担額
対象経費から差し引くもの	高額療養費等、国または都道府県など他の地方公共団体から受けた助成金
助成率	2分の1（百円未満切捨）
上限額	10万円
助成回数の限度	交付の対象となる治療に要した期間の初日が属する年度につき1回
申請期限	次のうちいずれか早い日まで <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療に要した期間の末日から起算して2年</li> <li>・令和6年3月31日</li> </ul>
助成対象外となる場合	体外受精や顕微授精を行った人で、「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金（令和4年度終了）」の交付を受けた場合には、上越市助成金の対象外となります。※他の地方公共団体から同様の助成金を受けた場合も同様です。

**申請手続** 次①～④の書類を郵送 または 窓口に提出してください。

- ①上越市不妊不育治療費助成金交付申請書(第1号様式)  
※令和5年3月31日以前の様式は使用できません。
- ②上越市不妊不育治療助成金受診等証明書(第2号様式)  
※医療機関に依頼し、主治医の証明を受けてください。
- ③医療機関や薬局から発行された領収書および診療明細書  
※写しで可、原本提出の場合は、助成金決定通知を送るときに返却します。
- ④(該当があるときのみ)高額療養費の払い戻し額、国または他の地方公共団体から受けた助成金の額を確認できる書類



**提出・問合せ先** 〒943-8601 上越市木田1丁目1-3  
健康づくり推進課 健診・相談係 (☎ 025-520-5712)

(令和5年3月作成)

### 申請書の記入例

受診等証明書（第2号様式）の内容を基に、申請書（第1号様式）を記入します。

第2号様式（第6条関係）  
上越市不妊不育治療費助成金受診等証明書

(宛先) 上越市長

医療機関証明欄		
治療を受けた人の氏名	上越 花子	
生殖補助医療（保険適用）及び当該生殖補助医療と組み合わせて行う先進医療	治療に要した期間	令和 5年 5月 15日から 令和 5年 7月 10日まで
<b>A</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	98,760円
生殖補助医療（保険適用外）、先進医療（生殖補助医療（保険適用）と組み合わせて行う先進（。）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 4年 10月 10日から 令和 5年 4月 30日まで
<b>B</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	123,450円
不育治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<b>C</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	円
上記のとおり証明します。 令和 5年 7月 20日		
所在地	上越市木田1-2-3	
医療機関名称	医療法人○△ケリニ47	
主治医氏名	春日 太郎	
調剤薬局証明欄		
生殖補助医療（保険適用）及び当該生殖補助医療と組み合わせて行う先進医療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<b>A</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	円
生殖補助医療（保険適用外）、先進医療（生殖補助医療（保険適用）と組み合わせて行う先進（。）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 4年 10月 10日から 令和 5年 4月 30日まで
<b>B</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	12,340円
不育治療	治療に要した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<b>C</b>	治療に要した費用のうち自己負担額	円
上記のとおり証明します。 令和 5年 7月 25日		
所在地	上越市春日山町2-3-4	
調剤薬局名称	△□調剤薬局	
代表者氏名	春日 次郎	

### 助成金の額

助成金の額は、治療の区分ごとに次の計算式で算出し、合計した額です。

$$(\text{助成金の額}) = (\text{自己負担額} - \text{高額療養費など}) \times \text{助成率} \quad \text{※百円未満切捨て}$$

第1号様式（第6条関係）  
上越市不妊不育治療費助成金交付申請書

令和 5年 △月 □日

(宛先) 上越市長  
次のとおり上越市不妊不育治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

申請者	フリガナ氏名	ジョウエイ ハナコ 上越 花子 <small>(署名の場合は押印不要)</small>		
	生年月日	昭和・平成 3年 4月 10日 (32歳)		
	住所	〒943-8601 上越市木田1丁目△番○号		
	連絡先電話番号	025 (526) 5111		
	加入医療保険 保険者名	上越市国民健康保険	受給者氏名	上越 花子
		被保険者氏名	上越 太郎	
不妊不育治療の区分		交付を受けようとする助成金の額		
	医療と	98,700円		
	生殖補助医療と	67,800円		
	不育治療	円		
合計		166,500円		
振込先	金融機関名	上越〇〇銀行	支店名	木田支店
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人 (カタカナで記入)	ジョウエイ ハナコ		

添付書類  
 1 不妊不育治療費助成金受診等証明書（第2号様式）  
 2 医療機関が発行した領収書及び診療明細書の写し  
 3 その他市長が必要と認める書類（下記に該当があるときは提出）  
 高額療養費の払戻し  国又は他の地方公共団体からの助成金