

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ています。

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
※年齢による申請の制限はありません。

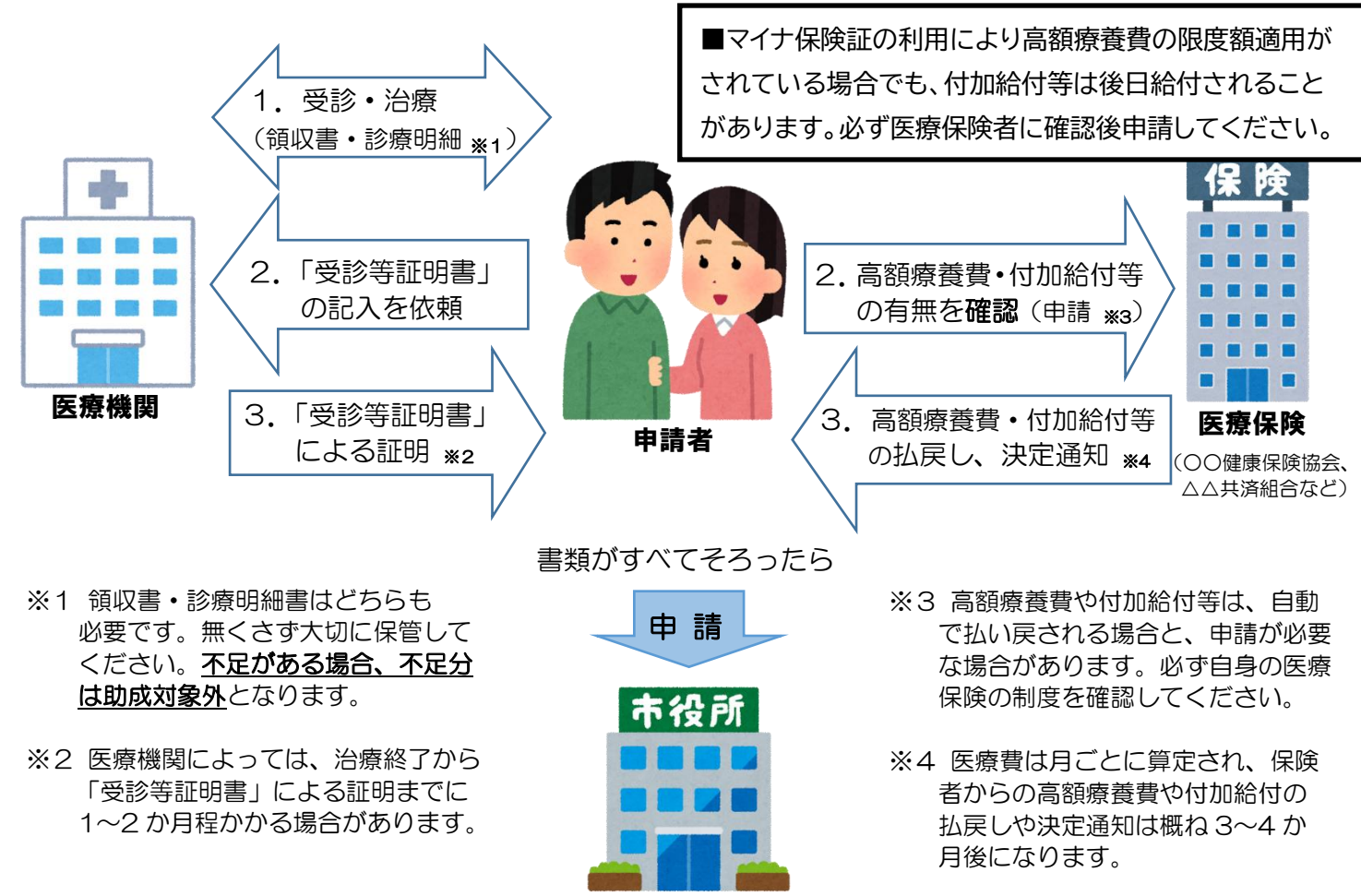
助成内容 申請の対象となる治療の内容に応じて、助成率や回数が異なります。

区分	A	B	C
対 象 と な る 治 療	・ 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） ・ 上記と組み合わせて行った先進医療等	・ 一般不妊治療 ・ 保険適用外の生殖補助医療 ・ 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 ・ 単独で行った先進医療	・ 不育症の治療
治療内容の 例示 注1	◎生殖補助医療 （次の①～⑤がおおむね一つの治療周期） ①採卵または採精 ②体外受精または顕微授精 ③受精卵・胚培養 ④胚凍結保存（凍結胚移植の場合） ⑤胚移植 ◎先進医療 ・ 子宮内膜刺激術 ・ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ・ 子宮内膜受容能検査 ・ 子宮内細菌叢検査	◎一般不妊治療 ・ 原因検索のための検査 ・ 原因疾患への治療 ・ タイミング法、人工授精 ・ 治療のために処方された薬 ◎生殖補助医療と先進医療 ※ 左記を参照 （同じ内容でも、保険適用は A、 保険適用外は B となります）	・ 原因検索のための 検査 ・ 原因疾患への治療 ・ 治療のために処方 された薬
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 注2	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、世帯合算、付加給付金など、公的医療保険からの払戻し額 注3 ・ 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	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 例示以外にも、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。ただし、内容によっては治療の詳細や必要性について医療機関に問合せを行い、審査の結果、一部を対象外とする場合があります。

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、申請書を作成してください。

注3 高額療養費、世帯合算、付加給付等、自身が加入している医療保険からの払戻し手続きを確実に行ったうえで、関係書類を添付し、市の助成を申請してください。（「限度額適用認定証」の交付を受けた場合はその写しを添付）



申請書類 次の①～④の書類をすべてそろえて、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）**
※ 申請者と振込先の口座名義人が違う場合は、夫婦間でも**委任状**が必要です。
- 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**高額療養費、世帯合算、付加給付等の払い戻しに関する通知（通知がない場合は別の確認資料）**
※ 写しで可。該当の有無は、必ず自身の医療保険の保険者に確認してください。
国または他の地方公共団体等から受けた助成金の額を確認できる書類 ※ 写しで可

①申請書
※申請者が記入
助成金振込先が確認
できる通帳等を提示

②受診等
証明書
※医療機関、
調剤薬局が記入

③領収書・
診療明細書
※両方すべて必要

④高額療養費
・世帯合算・
付加給付金、
その他助成金
に関する書類

提出・問合せ先 〒943-8601 上越市木田1丁目1番3号 上越市役所2階
上越市 こども家庭センター 母子保健係（☎ 025-520-5843）

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 6年 5月 15日から 令和 6年 7月 10日まで
A	治療に要した費用のうち自己負担額	187,000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医療（保険適用外）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 5年11月 10日から 令和 6年 4月30日まで
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
C	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 6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○△クリニック 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
A	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医療（保険適用外）及び一般不妊治療	治療に要した期間	令和 5年 11月 10日から 令和 6年 4月 30日まで
B	治療に要した費用のうち自己負担額	8,900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
C	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 6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		

2号様式は医療機関や調剤薬局が全て記載するものです。

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。

(助成金の額)=(自己負担額-高額療養費など)×助成率 ※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 7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	ジョウエツ ハナコ 上越 花子 （署名の場合は押印不要）	
	生年月日	昭和・平成 3年 4月 1日（34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
不妊不育治療の区分		交付を受けようとする助成金の額	
自己負担額-高額療養費等払戻し×10/10（上限10万）		100,000円	
自己負担額-高額療養費等払戻し×5/10（上限10万）		66,100円	
自己負担額-高額療養費等払戻し×5/10（上限10万）		円	
合計		166,100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	☒ 普通 ☐ 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）	ジョウエツ 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）
□ 高額療養費等の払戻し □ 国又は他の地方公共団体からの助成金

振込先が確認できる通帳等を申請時に提示してください。（郵送時は写しで可）