

江津市生殖補助医療費助成について

名称が変わります。特定不妊治療→生殖補助医療



対象治療

- ・体外受精及び顕微授精の治療費等における保険診療の自己負担部分や保険診療外治療費
- ・男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）

対象者

- ・治療期間初日の妻の年齢が43歳未満で、夫婦又は夫婦のいずれかが江津市に住所のある人。
- ・医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員、又は被扶養者。
- ・申請する治療費について他の市町村等で類似する助成金等の交付を受けていない人。

助成内容

- (1) 保険診療のみ 上限15万円／一治療期間
 - (2) 保険診療と先進医療の併用（先進医療は県の助成を除く） 上限15万円／一治療期間
 - (3) 男性不妊治療 上限5万円／一治療期間
- ただし(2)については、1回の不妊治療に要した医療費から、県により決定された助成額を控除した額に対して助成します。助成期間、通算助成回数は県要綱に準じます。
- (4) 混合診療（自費診療、先進医療以外を併用した治療） 上限30万円／一治療期間

助成期間

対象年齢（回数）※1子につき 40歳未満（6回まで）、40～43歳未満（3回まで）

申請の方法・必要な書類

治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及びその他の書類と併せて、子育て支援課窓口まで持参していただくか、郵送してください。治療が終わってから1年以内に提出してください。

- ① 生殖補助医療費助成金交付申請書（様式第1号）
- ② 生殖補助医療証明書（様式第2号）※県の助成を受けた場合は不要。③を提出してください。
- ③ 【保険診療と先進医療を併用され、県の助成を受けた場合】
 - ・県に提出した「島根県不妊治療<先進医療>費助成事業受診等証明書」のコピー
 - ・県が発行した「島根県不妊治療<先進医療>費助成事業承認決定通知書」のコピー
- ④ 医療機関、院外処方薬局が発行した生殖補助医療にかかる領収書及び明細書の原本
- ⑤ 助成対象となる本人が加入している医療保険がわかるもの ※県の助成を受けた場合は不要
- ⑥ 口座振替申出書（通帳など口座、口座名義、支店名がわかるもの）及び印鑑
- ⑦ 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）※事実婚関係の方のみ
- ⑧ 高額療養費制度の認定証（ある場合）
- ⑨ 付加給付がある場合、それがわかる書類（加入している医療保険によって異なります。医療保険者にお尋ねください。）

問い合わせ

〒695-8501 江津市江津町1016番地4 江津市子育て支援課子育て支援係 TEL (0855) 52-7487