

# 倉敷市不妊治療費助成制度のご案内

倉敷市では、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）を受けるご夫婦に対し、治療に要した費用の一部を助成します。保険診療だけでなく、先進医療や自由診療を受けられた方も対象となります。

## 1 助成対象者（以下の要件をすべて満たす方）

- ① 治療開始日から申請日まで、ご夫婦ともに継続して倉敷市に住所を有していること。
- ② 夫婦が婚姻していること（事実婚も含む。）。
- ③ 治療開始日の女性の年齢が43歳未満であること。

※「治療開始日」とは、医療機関が作成する「倉敷市不妊治療費助成事業受診証明書」に記載の“今回の治療期間”の治療開始日です。

## 2 助成対象となる治療

令和7年4月1日以降に治療計画を作成し、治療を開始した生殖補助医療（4 治療ステージと助成対象範囲参照）

※女性の生殖補助医療にあわせて行う男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術に限る。）も含まれます。

※治療に係る院外処方がある場合は、薬局へ支払った薬剤費も含まれます。

※一般不妊治療（タイミング法・人工授精）は助成対象外となります。

※入院室料（差額ベッド代）、食事代、文書料等、不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外です。

※以下の生殖補助医療は助成対象外となります。

- ・夫婦以外の者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- ・夫の精子を妻以外の者の子宮に医学的な方法で注入し、当該者が妻の代わりに妊娠し、出産する不妊治療
- ・夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の者の子宮に移植し、当該者が妻の代わりに妊娠し、及び出産する不妊治療

## 3 助成額と回数

1回の治療ごとに下記の①～③の申請区分のいずれかで申請してください。

| 申請区分                 | 1回の治療当たりの助成額                                    | 助成上限額 | 助成上限回数                                                                    |
|----------------------|-------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| ①保険診療のみ              | 高額療養費や付加給付金を除いた自己負担額の2分の1                       | 10万円  | 保険診療の回数に準じて、1子ごとに1回目の治療開始時点の女性の年齢が、40歳未満は6回まで、40歳以上43歳未満は3回まで（①②の治療回数は合算） |
| ②保険診療とそれと併用実施される先進医療 | 高額療養費や付加給付金を除いた保険診療の自己負担額と先進医療の自己負担額を合計した額の2分の1 | 10万円  |                                                                           |
| ③自由診療（保険外診療）         | 自己負担額の10割                                       | 10万円  | 夫婦につき2回まで（女性の年齢は43歳未満）                                                    |

※助成額は、千円未満切捨て

※「先進医療」は、国が定めるもので、実施機関として承認されている医療機関にて実施したものに限りま。医療機関は右の2次元コードでご確認ください。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kikan02.html> 厚生労働省 HP⇒



※「自由診療」は、保険適用外の治療を実施することで、併用する保険適用の生殖補助医療も含め保険適用外となるものをいいます。

※出産後、2子目以降の治療をする場合は、①②については、保険適用回数がリセットされますので、本市の助成回数も同様にリセットし、1回目からとなります。

※保険診療による治療ステージDEFの治療を受けたときは、「40歳未満は6回まで、40歳以上43歳未満は3回まで」の回数を超えて助成します。

# 4 治療ステージと助成対象範囲

の部分が助成対象となる治療です。

| 治療<br>ステージ | 治療内容                                | 採卵まで                           |                                 |    | 採精<br>(夫) | 受精<br>(前培養・媒精(顕微授精)・培養) | 胚移植   |         |     |                            |     |         | 妊娠の確認<br>(胚移植のおおむね<br>2週間後) | 補助対象範囲 |       |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----|-----------|-------------------------|-------|---------|-----|----------------------------|-----|---------|-----------------------------|--------|-------|
|            |                                     | 薬品投与(注射)<br>(自然周期で行う場<br>合もあり) | 薬品投与(点鼻薬)<br>(自然周期で行う場<br>合もあり) | 採卵 |           |                         | 新鮮胚移植 |         | 胚凍結 | 凍結胚移植                      |     |         |                             |        |       |
|            |                                     |                                |                                 |    |           |                         | 胚移植   | 黄体期補充療法 |     | 薬品投与<br>(自然周期で行う場<br>合もあり) | 胚移植 | 黄体期補充療法 |                             |        |       |
|            | 平均所要日数                              | 14日                            | 10日                             | 1日 | 1日        | 2～5日                    | 1日    | 10日     | /   | 7～10日                      | 1日  | 10日     | 1日                          |        |       |
| A          | 新鮮胚移植を実施                            |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         | 補助対象                        |        |       |
| B          | 凍結胚移植を実施                            |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |
| C          | 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施                 |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |
| D          | 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了               |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |
| E          | 受精できず又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止 |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |
| F          | 採卵したが卵が得られない又は状態のよい卵が得られないため中止      |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |
| G          | 卵胞が発育しない又は排卵終了のため中止                 |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        | 補助対象外 |
| H          | 採卵準備中、体調不良等により治療中止                  |                                |                                 |    |           |                         |       |         |     |                            |     |         |                             |        |       |

※「1回の治療」とは胚移植を目的とした治療計画に基づく採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）から胚移植（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程をいいます。

※Bは、採卵・受精後、1～3 周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合をいいます。

※卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合は、助成の対象になりません。

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合に限り、男性不妊治療のみでも助成の対象になります。

# 5 助成額例

（例1）保険診療とそれと併用実施される先進医療を実施し、のちに高額療養費の還付があった場合

| 保険診療                    |                              | 高額療養費として還付<br>(20,000円) | 最終的な自己負担額<br>(100,000円) | 最終的な自己負担額<br>(75,000円)       |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| 健康保険が負担（7割）<br>280,000円 | 医療機関窓口での自己負担（3割）<br>120,000円 |                         |                         | 医療機関窓口での自己負担（10割）<br>75,000円 |

市の助成額 最終的な自己負担額合計 175,000 円（100,000 円+75,000 円）×1/2＝87,500 円

⇒87,000 円（千円未満切捨て）

（例2）自由診療の場合

| 自己負担額<br>(475,000円) |
|---------------------|
| 自由診療<br>保険適用外       |

市の助成額 自己負担額合計 475,000 円×10/10＝475,000 円⇒上限 100,000 円

## 6 申請方法（治療 1 回ごとに申請）

- ① 申請期限 : 治療が終了した日が属する年度の3月31日まで  
ただし、高額療養費の還付手続き等でやむを得ず間に合わない場合は、治療が終了した日から **6 か月以内**
- ② 申請先 : 〒710-0834 倉敷市笹沖 1 7 0 番地  
倉敷市保健所健康づくり課 不妊治療費助成担当者宛
- ③ 申請方法 : 郵送（特定記録推奨） 又は 各保健推進室に持参
- ④ 申請後の流れ:申請受付月の翌々月 2 5 日に支払（2 5 日が土日祝日の場合はその直前の平日）

### 【治療開始前のお願い】

- ・**マイナ保険証**を利用してください。利用していない場合は、不妊治療を開始する前に「**限度額適用認定証**」又は適用区分が記載された「**資格確認書**」を必ず取得してください。これらの書類を医療機関や薬局の窓口で提示することで、窓口単位での1か月の支払いを、所得に応じた上限額までに抑えることができ、市への提出書類数を減らすことができます。
- ・医療機関や薬局の窓口でマイナ保険証や限度額適用認定証等の提示を行わず、高額療養費の自己負担限度額等が不明な場合は、1 か月当たりの自己負担額を 35,400 円（自己負担限度額の区分のうち最も低額となる額）として計算することがあります。

### 【申請前のお願い】 高額療養費・付加給付金について、ご確認ください。

- ・窓口でマイナ保険証や限度額適用認定証等の提示を行わず、保険診療を受けた方で、1か月の自己負担額（医療機関や薬局で支払った額の合算）が上限額を超えた場合、高額療養費が健康保険から支給されます。健康保険により自動で高額療養費が支給される場合と、申請手続きが必要な場合がありますので、保険者（健康保険証発行機関）にご確認ください。
- ・加入している健康保険によっては、高額療養費とは別に、付加給付金が支給される場合があります。
- ・申請を行う前に、高額療養費と付加給付金の支給額を確定させてください。これらの金額が確定していない場合、申請は受け付けられません。
- ・助成決定後に高額療養費・付加給付金の支給が判明した場合、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

### 【申請時のお願い】

- ・チェックリストで漏れがないことを確認のうえ、できる限り郵送で申請をお願いします。

## 7 申請に必要な書類

※申請に必要な書類は市ホームページからダウンロードできます。2次元コードはこちら⇒

※申請内容によっては、下記以外にも書類の提出をお願いする場合があります。

※医療機関での証明書発行に時間がかかる場合がありますので、お早めに依頼してください。



| 必ず提出が必要な書類 |                          |                                                                      |
|------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1          | 倉敷市不妊治療費助成提出書類チェックリスト    | 書類が整っているかチェックし、他の書類と一緒に提出してください。                                     |
| 2          | 倉敷市不妊治療費助成金給付申請書（様式第1号）  | 申請書の記入説明をよくお読みになり、ご記入ください。                                           |
| 3          | 倉敷市不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号） | 治療を受けた医療機関の医師に記入を依頼して下さい。                                            |
| 4          | 医療機関の領収書と診療明細書のコピー       | ・入院費、食事代、文書料等不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外です。<br>・原本はお返しできませんので、コピーを提出してください。 |

| 該当する方のみ提出が必要な書類 |                                       |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5               | 倉敷市不妊治療費助成事業調剤証明書（様式第3号）と調剤薬局の領収書のコピー | 医療機関での治療費が助成額上限額に満たない場合に、調剤にかかった費用を合算することで、助成上限額まで助成を受けられる場合があります。院外処方がある場合は、調剤を受けた薬局に証明書の記入を依頼してください。                                                                                                                                 |
| 6               | 戸籍全部事項証明書（夫婦とも外国籍の場合は本国の証明とその訳文）      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫婦の住民票の住所が同一世帯の夫婦は提出不要です。</li> <li>・別世帯の夫婦は提出が必要です。</li> <li>・事実婚の場合は、両方の戸籍全部事項証明書を提出してください。</li> <li>・発行日から3か月以内のものを提出してください。</li> </ul>                                                      |
| 7               | 事実婚関係に関する申立書（様式第4号）                   | ・事実婚の場合は、提出してください。                                                                                                                                                                                                                     |
| 8               | 高額療養費の支給決定通知書のコピー                     | <p>医療機関の窓口でマイナ保険証や限度額適用認定証の提示を行わず、保険診療を受けた方で、高額療養費が支給された方は、金額が確認できる書類が必要です。健康保険者の発行する支給決定通知書のコピーを提出してください。</p> <p>受診証明書（様式第2号）の自己負担限度額の適用区分欄にア～オのいずれかに丸がある場合は、高額療養費の支給決定通知書の提出は不要です。</p>                                               |
| 9               | 高額療養費の自己負担限度額の適用区分が分かる書類              | <p>受診証明書（様式第2号）の自己負担限度額の適用区分が「未確認」となっている方は提出が必要です。</p> <p>限度額適用認定証のコピーかマイナポータルの健康保険証の資格情報をPDFで保存し、印刷したものを提出してください。</p> <p>マイナポータルでの確認方法は右の2次元コード参照⇒</p> <p>受診証明書（様式第2号）の自己負担限度額の適用区分欄にア～オのいずれかに丸がある場合は、自己負担限度額の適用区分が分かる書類の提出は不要です。</p> |
| 10              | 付加給付金の支給決定通知書のコピー                     | 付加給付金が支給された方は、金額が確認できる書類が必要です。健康保険者の発行する支給決定通知書のコピーを提出してください。                                                                                                                                                                          |



### 岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育とこころの相談室」

「不妊・不育とこころの相談室」では、不妊症や不育症により子どもが得られない方々、将来の妊娠に不安を持つ思春期の男性、女性の方々の悩みについて相談に応じます。相談は無料で、匿名でも可能です。

電 話：086-235-6542

メール：funin@okayama-u.ac.jp

※本事業は岡山県の事業です。

詳しくはこちらの2次元コードから⇒



#### \* 問い合わせ先 及び 書類郵送先 \*

〒710-0834 倉敷市笹沖170 倉敷市保健所 健康づくり課 不妊治療費助成担当者宛  
(086) 434-9820 平日8:30~17:15

#### \* 書類持参先 \*

持参される場合は、下記の保健推進室でお預かりします。

受領だけになりますので、書類に不備があれば、保健所健康づくり課からご連絡します。

- ・倉敷保健推進室（倉敷市笹沖170 倉敷市保健所1階）
- ・児島保健推進室（倉敷市児島小川町3681-3 児島支所1階）
- ・玉島保健推進室（倉敷市玉島阿賀崎1-1-1 玉島支所1階）
- ・水島保健推進室（倉敷市水島北幸町1-1 水島支所2階）
- ・真備保健推進室（倉敷市真備町箭田1141-1 真備支所1階）