

## 大洲市不妊治療費等助成事業のお知らせ

大洲市では、少子化対策の一環として、愛媛県のえひめ人口減少対策総合交付金を活用し、出産を望み不妊治療を検討している、又は不妊治療を受けている夫婦の経済的負担の軽減を図るため、令和5年4月1日以降に治療を行った不妊治療に係る費用について助成をしています。

- 申請は、令和5年12月1日から受付開始します。
- 対象となる治療(検査)は、令和5年4月1日以降のものとなります。
- 対象となる方は、全て治療開始時点で43歳未満の方です。

助成の種類と助成内容

事業名	助成内容	助成上限額 助成回数	申請期限
1. 大洲市妊娠前検査費用助成事業	夫婦で不妊症の診断のために受けた検査費用の一部を助成 (保険診療の有無によらない)	上限3万円 1組の夫婦につき 1回限り	夫婦の検査が終了した日から1年以内
2-1. 大洲市不妊治療費助成事業 (一般不妊治療)	一般不妊治療(タイミング法、人工授精)に要する費用の一部を助成	上限5万円 <u>治療を受けた年度ごと</u> 、自己負担額の1/2を助成。	治療を受けた日の属する年度の年度末(3月31日)まで
2-2. 大洲市不妊治療費助成事業 (生殖補助医療)	保険診療として実施される生殖補助医療(体外受精・顕微授精・および男性不妊治療)に要する費用の一部を助成	上限5万円 1回の生殖補助医療ごとに、自己負担額の1/2を助成 <助成回数> 40歳未満:6回 40~43歳未満:3回	1回の生殖補助医療が終了した日から1年以内
3. 大洲市先進医療不妊治療費助成事業	保険診療として実施される生殖補助医療と併用して行った先進医療に要する費用の一部を助成	上限5万円 1回の生殖補助医療につき、先進医療に係る自己負担額を助成	1回の生殖補助医療が終了した日から1年以内

○ すべての助成について次の費用は対象外となります  
食事療養標準負担額、個室使用料、文書料

○ 以下の金額を除いた金額が自己負担額となります。  
・ 加入する健康保険等による附加給付、高額療養費

## 1. 大洲市妊娠前検査費用助成事業（県と大洲市の連携事業※）

妊娠を望む夫婦や不妊の悩みを持つ夫婦の妊活を支援するため、夫婦が共に妊娠前検査（不妊検査）を受けた場合に、その費用の一部助成する事業です。

助成の対象となる検査は、令和5年4月1日以降に実施したものになります。

この事業は、えひめ人口減少対策総合交付金を活用し、愛媛県と連携して実施をしています。

**<対象者>** 以下のすべてに該当する方が対象です。

- ① 検査開始時点および申請時点において夫婦（事実婚を含む）のどちらか一方又は双方が大洲市に住民登録をしていること。
- ② 夫婦の両方の検査日が令和5年4月1日以降であり、検査開始時の妻の年齢が43歳未満であること
- ③ 令和5年4月1日より前に不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を受けたことがないこと
- ④ 原則、夫婦双方が受診していること
- ⑤ 税金等の滞納がないこと

**<対象となる検査>**

医師が不妊症の診断のために必要と認める検査（保険適用の内外は問わない）で、夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内のものであって、他の助成を受けていない検査。

※一般不妊治療、生殖補助医療、不育症の治療および治療に係る検査、婦人科検診は含まれません。

**<助成額と回数>**

対象となる検査費用のうち、助成対象者が医療機関に支払った自己負担額の合計と3万円を比較し、いずれか少ない方の額を、一組の夫婦につき、1回に限り支給。

※食事療養標準負担額、文書料、個室料、その他不妊検査に直接関係のない費用は除く。

**<申請について>**

申請を希望される方は、先に大洲市保健センターにご相談ください。

申請・相談は予約制となります。一度お電話で予約をしてから来所してください。

**<申請に必要なもの>**

**【全員】**

- ①大洲市妊娠前検査費用助成事業申請兼請求書（様式1）
- ②大洲市妊娠前検査費用助成事業受診証明書（様式2）

※検査を受けた医療機関ごとに作成してもらってください。その際の文書料は自己負担となります。

- ③検査を実施した医療機関が発行する領収書および明細書
- ④申請者名義の通帳、キャッシュカードなど振込先が確認できるもの
- ⑤夫婦の健康保険証(夫・妻それぞれ。写しでも可)

### 【該当の方】

- ①加入する健康保険から「付加給付」(「自己負担払戻金」、「療養付加金等」の名称のこともあります)を受けた方:その額が確認できる書類
- ②事実婚による婚姻関係にある方:事実婚関係に関する申立書(様式3)
- ③夫婦の片方が大洲市外に住所を有する場合:市外の住民票

### <申請期限>

夫婦の検査が終了した日から1年以内

### <助成金の交付>

提出された書類等を審査し、助成の可否および金額を書面にて申請者にお知らせします。  
交付決定となった場合は、指定の口座に振り込みます。  
申請から振り込みまでに1か月から2か月程度かかります。

### <申請先・お問い合わせ先>

〒795-0064 大洲市東大洲 270 番地1 大洲市保健センター 母子保健担当  
電話 0893-23-0310 FAX 0893-23-0311

## 2. -1 大洲市不妊治療費助成事業（一般不妊治療）：大洲市独自事業

出産を望み不妊治療等を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、一般不妊治療（タイミング法・人工授精）に要する費用の一部を助成する事業です。

令和5年4月1日以降の治療が対象となります。

この事業は、大洲市独自で実施するものです。

**<対象者> 以下のすべてに該当する方が対象です。**

- ① 不妊治療を受けた夫婦（事実婚を含む）で、治療を開始した時点での年齢が43歳未満であること。ただし事実婚の場合は、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者。
- ② 助成対象の治療日及び申請日において、夫婦のいずれかが大洲市内に居住し、大洲市の住民基本台帳に記載されている者
- ③ 夫婦の両方が医療保険各法による被保険者、組合員、加入者もしくは被扶養者であること。
- ④ 夫婦の双方に市税等の滞納がないこと

**<対象となる治療>**

令和5年4月1日以降に治療を実施した、保険診療として実施された一般不妊治療（タイミング法・人工授精）およびこれに付随する不妊検査であって、他の市町村が実施する助成等の制度を利用していないものが対象です。

**<助成額等>**

一般不妊治療においては、治療を受けた年度ごとに、支払った自己負担額の1/2を、1年度当たり5万円を上限として助成する。

※自己負担額とは、高額療養費や保険適用外の診療に係る費用、加入する健康保険等による附加給付の額を除いて支払った金額。

※食事療養標準負担額、文書料、個室料、その他先進医療に直接関係のない費用は除く。

**<申請について>**

申請を考えている方は、大洲市保健センターにご相談ください。

申請・相談は予約制となります。一度お電話で予約をしてから来所してください。

**<申請期限について>**

一般不妊治療の申請期限は、治療を受けた年度の最終日（3月31日）までとなります。

年度を越えて治療を受けている方は、年度ごとに申請をしてください。

**<例>**

- ①R6年3月21日にタイミング法を実施、②R6年4月10日に人工授精を実施した場合は、①はR6年3月31日までが申請期限、②はR7年3月31日までが申請期限となります。

## <申請に必要なもの>

### 【全員】

①大洲市不妊治療費助成事業申請兼請求書(様式1)

②大洲市不妊治療費助成事業受診証明書(様式2)

※治療を受けた医療機関ごとに作成してもらってください。その際の文書料は自己負担となります。

③不妊治療を実施した医療機関や調剤薬局が発行する領収書および明細書

④申請者名義の通帳、キャッシュカードなど振込先が確認できるもの

⑤夫婦の健康保険証(夫・妻それぞれ。写しても可)

### 【該当の方】

①限度額認定証をお持ちの方:限度額認定証(夫婦ともにお持ちの場合はそれぞれ)

②加入する健康保険から高額療養費の給付を受けた方:高額療養費の支給額が確認できる書類

③加入する健康保険から付加給付(「自己負担払戻金」、「療養付加金等」の名称のこともあります)を受けた方:その額が確認できる書類

④事実婚による婚姻関係にある方:事実婚関係に関する申立書(様式4)

⑤夫婦の片方が大洲市外に住所を有する場合は、市外の住民票

## <助成金の交付>

提出された書類等を審査し、助成の可否および金額を書面にて申請者にお知らせします。

交付決定となった場合は、指定の口座に振り込みます。

申請から振り込みまでに1か月から2か月程度かかります。

## <申請先・お問い合わせ先>

〒795-0064 大洲市東大洲 270 番地 | 大洲市保健センター 母子保健担当

電話 0893-23-0310 FAX 0893-23-0311

## 2. -2 大洲市不妊治療費助成事業（生殖補助医療）：大洲市独自事業

出産を望み不妊治療等を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）に要する費用の一部を助成する事業です。

令和5年4月1日以降の治療が対象となります。

この事業は、大洲市独自で実施するものです。

**<対象者>** 以下のすべてに該当する方が対象です。

- ① 不妊治療を受けた夫婦（事実婚を含む）で、治療を開始した時点での年齢が43歳未満であること。ただし事実婚の場合は、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者。
- ② 助成対象の治療日及び申請日において、夫婦のいずれかが大洲市内に居住し、大洲市の住民基本台帳に記載されている者
- ③ 夫婦の両方が医療保険各法による被保険者、組合員、加入者もしくは被扶養者であること。
- ④ 夫婦の双方に市税等の滞納がないこと

**<対象となる治療>**

令和5年4月1日以降に治療を実施した、保険診療として実施された生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）およびこれに付随する不妊検査であって、他の市町村が実施する助成等の制度を利用していないものが対象です。

**<助成額等>**

保険診療として実施された1回の生殖補助医療（主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日から妊娠判定日又は治療を中断した日までの治療をいう。）ごとに、支払った自己負担額の1/2を、5万円を上限として助成する。

※自己負担額とは、高額療養費や保険適用外の診療に係る費用、加入する健康保険等による附加給付の額を除いて支払った金額。

※食事療養標準負担額、文書料、個室料、その他先進医療に直接関係のない費用は除く。

### ○限度額認定証の交付について

治療費が高額となる生殖補助医療を受けられる方は、不妊治療費の支払いの前に、加入している健康保険から高額療養費の「限度額認定証」の交付を受けることで、医療機関窓口での支払額が「自己負担限度額」までとなります。

詳しくは、加入している健康保険にご相談ください。

**<申請について>**

- ・申請を考えている方は、大洲市保健センターにご相談ください。
- ・申請・相談は予約制となります。一度お電話で予約をしてから来所してください。

### <申請期限について>

- ・申請の期限は、1回の生殖補助医療の終了後1年以内です。
- ・1回の生殖補助医療が終了するごとに申請を行ってください。

### <申請に必要なもの>

#### 【全員】

- ①大洲市不妊治療費助成事業申請兼請求書(様式1)
- ②大洲市不妊治療費助成事業受診証明書(様式3)
- ③不妊治療を実施した医療機関や調剤薬局が発行した領収書および明細書
- ④申請者名義の通帳、キャッシュカードなど振込先が確認できるもの
- ⑤夫婦の健康保険証(夫・妻それぞれ。写しでも可)

#### 【該当する方】

- ①限度額認定証をお持ちの方:限度額認定証(夫婦ともにお持ちの場合はそれぞれ)
- ②加入する健康保険から高額療養費の給付を受けた方:高額療養費の支給額が確認できる書類
- ③加入する健康保険から付加給付(「自己負担払戻金」、「療養付加金等」の名称のこともあります)を受けた方:その額が確認できる書類
- ④事実婚による婚姻関係にある方:事実婚関係に関する申立書(様式4)
- ⑤夫婦の片方が大洲市外に住所を有する場合は、市外の住民票

### <助成金の交付>

提出された書類等を審査し、助成の可否および金額を書面にて申請者にお知らせします。  
交付決定となった場合は、指定の口座に振り込みます。  
申請から振り込みまでに1か月から2か月程度かかります。

#### <申請先・お問い合わせ先>

〒795-0064 大洲市東大洲 270 番地1 大洲市保健センター 母子保健担当  
電話 0893-23-0310 FAX 0893-23-0311

### 3. 大洲市先進医療不妊治療費助成事業（県と大洲市の連携事業※）

出産を望み不妊治療等を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、保険診療として実施される生殖補助医療（体外受精、顕微授精）と併用して行われる保険適用外となる先進医療に要した費用の一部を助成する事業です。

令和5年4月1日以降の治療開始日のものが対象となります。

この事業は、えひめ人口減少対策総合交付金を活用し、愛媛県と連携して実施をしています。

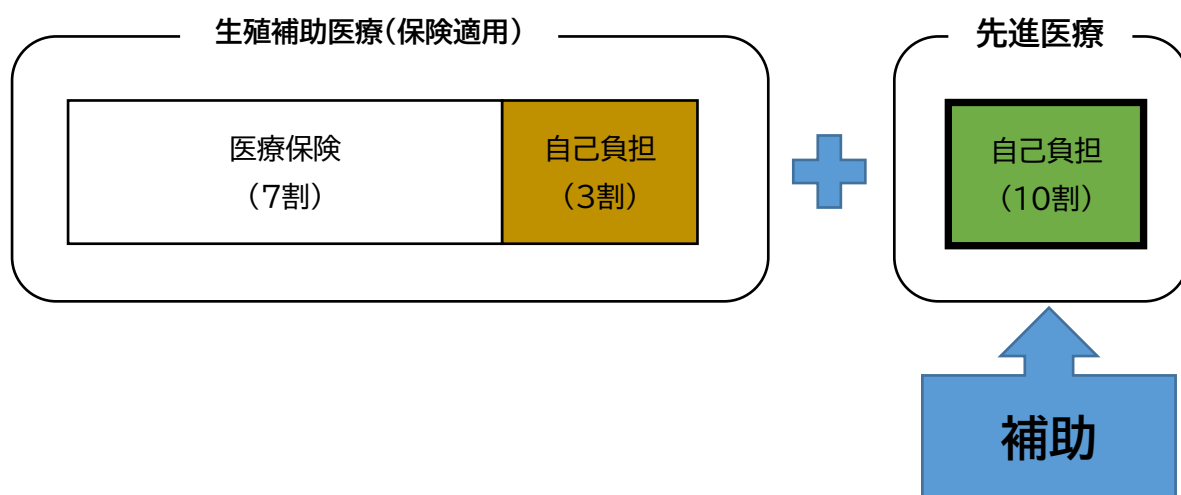
**<対象者> 以下のすべてに該当する方が対象です。**

- ① 生殖補助医療を受けた夫婦（事実婚を含む）であること。ただし事実婚の場合は、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者。
- ② 生殖補助医療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと医師に診断された者
- ③ 助成対象の治療日及び申請日において、夫婦のいずれかが大洲市内に居住し、大洲市の住民基本台帳に記載されている者
- ④ 生殖補助医療にかかる保険医療機関において保険診療の生殖補助医療を受けた者
- ⑤ 市税を滞納していない者

**<対象となる治療>**

保険診療として実施された 1 回の生殖補助医療（主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日から妊娠判定日又は治療を中断した日までの治療をいう。）に併せて行われる先進医療（治療実施時点で厚生労働省より告示されているもの）とし、次の要件すべてを満たすものとする。

- ① 先進医療の実施機関として厚生労働省地方局へ届出又は承認がなされている保険医療機関で実施されたもの。
- ② **治療期間の開始日が、令和5年4月1日以降であるもの**
- ③ 他の自治体で助成を受けていない先進医療に係る費用であること





### <助成額等>

1 回の生殖補助医療につき、医療機関に支払った保険診療と併用して実施した先進医療に係る額と 5 万円を比較していずれか低い方の金額を助成する。

※食事療養標準負担額、文書料、個室料、その他先進医療に直接関係のない費用は除く。

### <申請について>

申請を希望される方は、先に大洲市保健センターにご相談ください。

申請・相談は予約制となります。一度お電話で予約をしてから来所してください。

### <申請期限について>

申請の期限は、1 回の生殖補助医療の終了後 1 年以内です。

また **1 回の生殖補助医療が終了するごとに申請を行ってください。**

### <申請に必要なもの>

#### 【全員】

①大洲市先進医療不妊治療費助成事業申請兼請求書(様式1)

②大洲市先進医療不妊治療費助成事業受診証明書(様式2)

※治療を受けた医療機関に作成してもらってください。その際の文書料は自己負担となります。

③生殖補助医療を実施した医療機関、調剤薬局が発行する領収書および明細書

④申請者名義の通帳、キャッシュカードなど振込先が確認できるもの

⑤夫婦の健康保険証(夫・妻それぞれ。写しでも可)

#### 【該当の方】

①事実婚による婚姻関係にある方:事実婚関係に関する申立書(様式3)

②夫婦の片方が大洲市外に住所を有する方:市外の住民票

### <助成金の交付>

提出された書類等を審査し、助成の可否および金額を書面にて申請者にお知らせします。

交付決定となった場合は、指定の口座に振り込みます。

申請から振り込みまでに1か月から2か月程度かかります。

### <申請先・お問い合わせ先>

〒795-0064 大洲市東大洲 270 番地1 大洲市保健センター 母子保健担当

電話 0893-23-0310 FAX 0893-23-0311

<参考> 生殖補助医療・先進医療における治療ステージ

治療内容	採卵まで				採精（夫）	胚移植						助成対象範囲  （胚移植のおおむね2週間後） 妊娠の確認	
	新鮮胚移植		凍結胚移植										
	（自然周期で 薬品投与 （点鼻薬） 行う場合も あり）	（自然周期で 薬品投与 （注射） 行う場合も あり）	採卵	（前培養・ 凍精 （顕微授精） ・培養）		胚移植	黄体期補 充療法	胚凍結	（自然周期で 薬品投与 行う場合も 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												助成対象
B	凍結胚移植を実施*												
C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施												
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 または、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												対象外
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												

\* B：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。

\* 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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。