

天理市生殖補助医療費助成事業について

不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「生殖補助医療」という。）並びにこれに併せて行われる先進医療（以下「先進医療」という。）による治療に係る経済的負担軽減を図るために費用の一部を助成するものです。

1. 対象となる方

申請時点で下記の要件をすべて満たす夫婦が助成対象です。

- ① 戸籍法による婚姻の届出をしている人
- ② 生殖補助医療を受けた夫婦であって、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人
- ③ 治療開始日※における妻の年齢が43歳未満である夫婦
- ④ 夫婦の両方が治療開始日※から申請日まで天理市に住所を有している人
- ⑤ 治療期間中に有効な医療保険の資格を有している人（医療保険各法の規定に基づく被保険者もしくは組合員又はその被扶養者である人）
- ⑥ 世帯員全員に市民税の滞納がない人

※当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日（治療計画の作成を必要としない場合は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日）

2. 対象治療

生殖補助医療のうち保険適用となった治療及び保険適用の範囲となった治療に追加的に実施される先進医療であって、治療開始日において妻の年齢が43歳の誕生日の前日までに行われた不妊治療が対象となります。

ただし、次の①～⑤は対象外となります。

- ① 卵胞が発育しない等により卵子採取以前に治療を中止した場合
- ② 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- ③ 代理母（夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的方法により注入し、当該第三者が妊娠及び出産し、依頼者夫婦の子とする方法をいう）
- ④ 仮り腹（夫の精子と妻の卵子を体外受精してできた受精卵を妻以外の第三者の子宮に注入し当該第三者が妊娠及び出産し、依頼者夫婦の子とする方法をいう）
- ⑤ 保険診療と保険外診療とを組み合わせる「混合診療」による生殖補助医療等

3. 助成金の対象となる治療と助成金の額等

令和7年4月1日以降に開始された治療が対象となります。

助成の対象となる治療に係る費用と助成金の額は次の表のとおりです。

	対象となる治療に係る費用	助成金の額と上限額
①	保険診療により実施した生殖補助医療に要した医療費	<p>※ 左記の費用のうち、一部負担金から高額療養費、一部負担金払戻金や家族療養費附加金等を除く、本人が負担する額の2分の1以内の額（千円未満切り捨て）</p> <p>上限5万円まで</p> <p>※一部負担金払戻金や家族療養費附加金等については、名称や制度内容も各保険者により異なるため申請前に加入の健康保険組合等へお問合せください。</p>
②	生殖補助医療のうち、保険適用の回数の上限を超過したため全額自費診療となった生殖補助医療に要した医療費	<p>左記の費用のうち、本人が負担する額の2分の1以内の額（千円未満切り捨て）</p> <p>上限15万円まで</p>
③	厚生労働大臣が先進医療として告示した技術等のうち、第1欄の区分①又は②に追加して実施した生殖補助医療に係るものに要した医療費	<p>左記の費用のうち、本人が負担する額の2分の1以内の額（千円未満切り捨て）</p> <p>上限5万円まで</p>

注意 ①又は②に用いるための精子を採取することを目的として男性不妊治療を実施した場合は、当該治療について患者が負担した医療費の2分の1の額（千円未満切り捨て）を上乗せして助成します。

ただし、①に用いるために実施した場合は上限5万円まで、②に用いるために実施した場合は上限15万円までとなります。

対象となる治療の回数（一子につき）	
妻の年齢（治療開始日時点）	上限回数（胚移植の回数。凍結胚移植を含む。）
40歳未満	通算6回まで
40歳以上43歳未満	通算3回まで
回数制限の超過分 ※R7.4.1が起算日	2回まで

助成金の交付は、治療計画（1クール）ごとです。

《注意》・助成の対象となる治療期間に対して他市町村で同種の助成金を受けている場合の当該期間分は助成対象としません。

- ・本市の住民でない治療期間は助成の対象外とします。
- ・証明書、診断書等の文書料、食事療養費標準負担額、個室料及び容器代等の治療に直接関係のない費用は助成しないものとします。
- ・高額療養費、[※]一部負担金払戻金や家族療養費附加金等がある場合は、医療保険診療適応分の本人負担額より控除してください。

※一部負担金払戻金や家族療養費附加金等については、名称や制度内容も各保険者により異なるため申請前に加入の健康保険組合等へ必ずお問合せください。

4. 申請書類

- ①生殖補助医療費等助成申請書兼請求書（第1号様式）
 - ②生殖補助医療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
 - ③法律上にいう夫婦であることを証明できる書類
 - ④住所を証明する書類
- 第1号様式の同意欄署名
} で代用できます。

※ 印鑑及び振込先が確認できるもの（通帳など）をご持参ください。

5. 申請の期限

申請書の提出期限は、治療計画（1クール）が終了した日の属する月の翌月から起算して1年後の月の末日までに提出してください。（治療終了日が令和8年1月1日以降分から対象）

*この期限を過ぎると申請が出来なくなります。

6. 支給方法

申請書類の審査の後、承認・不承認の決定通知を郵送にて送付します。助成が承認された場合、申請後から1~2か月後に第1号様式記載の口座に助成金を振込ます。

お問い合わせ：天理市健康推進課 直通63-9276