

益城町不妊治療費助成事業

～保険適用の不妊治療費用の一部を助成します～

2024.1月改訂

益城町独自の支援対策として、不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を受けている夫婦の経済的負担の軽減を図るために、治療に要した費用の一部を助成します。

1 対象者（申請時に以下の要件をすべて満たす方）

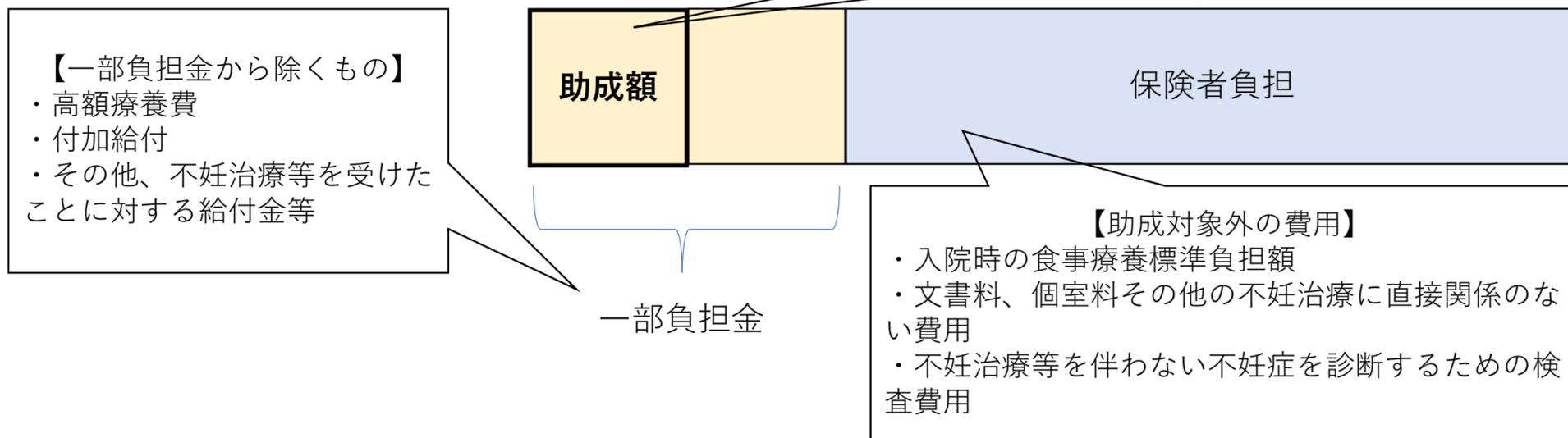
- （1）法律上の婚姻関係にある夫婦、又は事実婚の夫婦
- （2）不妊治療を受けた日から申請日まで夫婦のうちいずれかが、町内に住所を有し居住している
- （3）夫婦及び同一世帯人が町税等の滞納がない
- （4）他の自治体の助成を受けていない

2 助成について

対象者が、医療機関等で受けた**保険適用となる不妊治療等**に係る一部負担金を負担した場合に当該一部負担金の5割に相当する額を助成します。

（保険適用外の不妊治療は、助成対象となりません）

一部負担金の5割を助成
（千円未満切り捨て）



3 申請に必要なもの

書類	備考
<input type="checkbox"/> 不妊治療費助成金交付申請書（別記第1号様式）	申請者が記入
<input type="checkbox"/> 不妊治療医療機関受診等証明書（別記第2号様式）	医療機関に記入を依頼してください
<input type="checkbox"/> 町税等納入状況調査承諾書（別記第4号様式）	申請者が記入
<input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書（別記第3号様式）	該当者のみ
<input type="checkbox"/> 益城町不妊治療費助成金請求書（別記第6号様式）	申請者が記入（様式は窓口で交付します）
添付書類、持参するもの	備考
<input type="checkbox"/> 医療機関発行の不妊治療に係る領収書	
<input type="checkbox"/> 高額療養費や付加給付の該当がある場合、支給額がわかるもの（支給決定通知書 等）	該当者のみ ※町に不妊治療費助成の申請を行う前に、保険者へ支給の有無を早めにご確認ください。
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証、重度心身障がい者医療費受給者証など	
<input type="checkbox"/> 保険証の写し	
<input type="checkbox"/> 振込を希望する口座の通帳またはキャッシュカードの写し	申請者名と同一名義のもの
<input type="checkbox"/> 印鑑（朱肉を使うタイプのもの）	

4 申請について

- ・申請期限は、治療を終了した日の属する月の翌月から起算して6か月以内です。

～お問い合わせ・申請窓口～

健康保険課（益城町保健福祉センター はびねす）

益城町惣領1470番地 ☎（096）234-6123