

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～

2025.4月改訂

保険適用となる不妊治療を受けているご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）

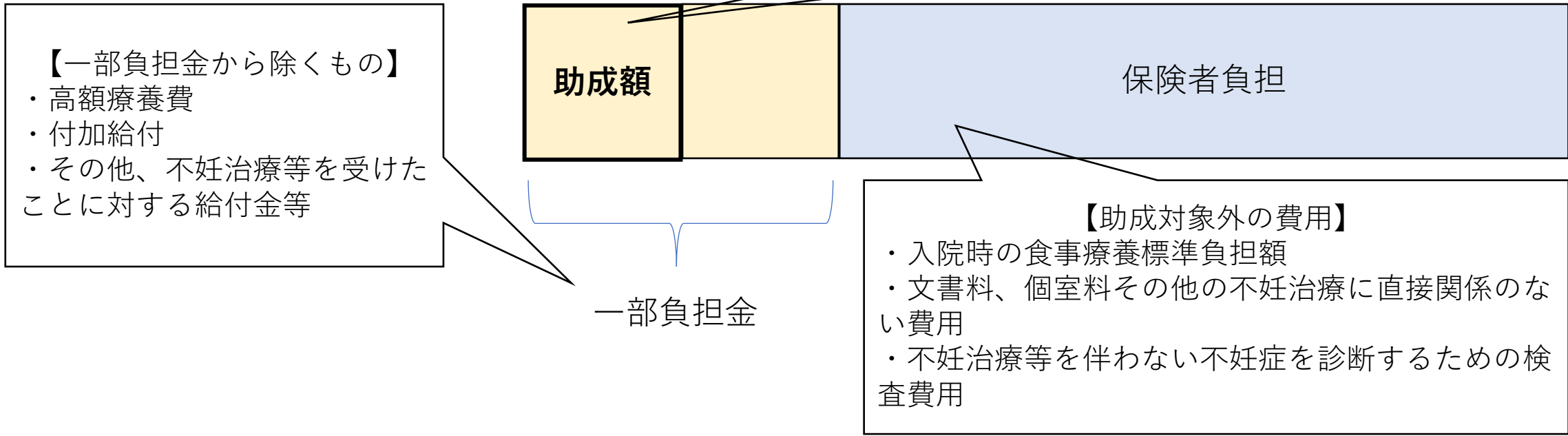
- （1）法律上の婚姻関係にある夫婦、又は事実婚の夫婦
- （2）申請日において夫婦のうちいずれかが、町内に住所を有し居住している
- （3）夫婦及び同一世帯人が町税等の滞納がない
- （4）他の自治体の助成を受けていない

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**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
☐ 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
☐ 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
☐ 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
☐ 事実婚に関する申立書（別記第3号様式）	該当者のみ
☐ 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
☐ 医療機関発行の不妊治療に係る領収書	
☐ 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。
☐ 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	
☐ 保険証または資格確認証の写し	※マイナ保険証の場合は、マイナポータルサイトからログインし、保険証の情報の画面の提示もしくはダウンロード画面の提示で可
☐ 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
☐ 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