



不妊治療費（先進医療分）助成事業のお知らせ

伊勢原市では、医療保険適用の体外受精・顕微授精と併せて、医療保険の適用とならない先進医療の治療を受けた方を対象に、先進医療にかかった費用の一部を助成しています。

「先進医療」とは、保険診療としては認められていない先進的な医療技術等について、安全性・有効性を確保するための施設基準等を満たした施設での、保険診療と保険外診療との併用を認める制度で、保険診療の治療費は3割が患者負担ですが、併せて行われた先進医療分の治療費は、10割が患者負担となっています。

1 助成制度の概要

(1) 助成の対象となる治療

- 保険診療の体外受精及び顕微授精と併せて実施した「先進医療にかかる費用」です。
 - ※ 助成対象(先進医療)は、厚生労働省より先進医療として告示されている治療・技術です。実施医療機関として、厚生労働省の承認を受けていることが必要です。
 - ※ 次の治療は対象外です。
 - ・ 人工授精等の一般不妊治療
 - ・ 全額自己負担で実施した体外受精及び顕微授精（併せて実施した治療）
- 令和6年4月1日以降に終了した治療が対象です。

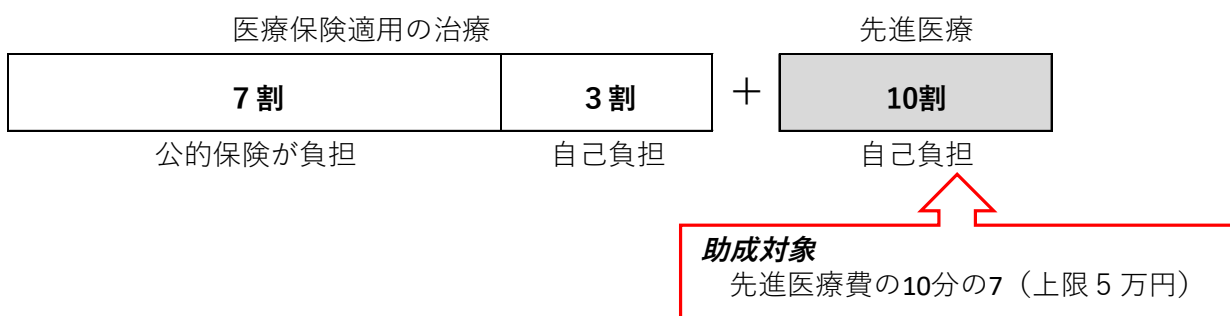
(2) 助成を受けることのできる方

次のすべての要件を満たしている方が、助成を受けることができます。

- ① 医療保険適用の不妊治療（体外受精・顕微授精）と併用して先進医療を受けたこと。
- ② 助成申請の時点で、夫婦の両方または一方が伊勢原市民であるご夫婦（事実婚を含む。）
- ③ 他の自治体で助成を受けていないこと。

(3) 助成額上限

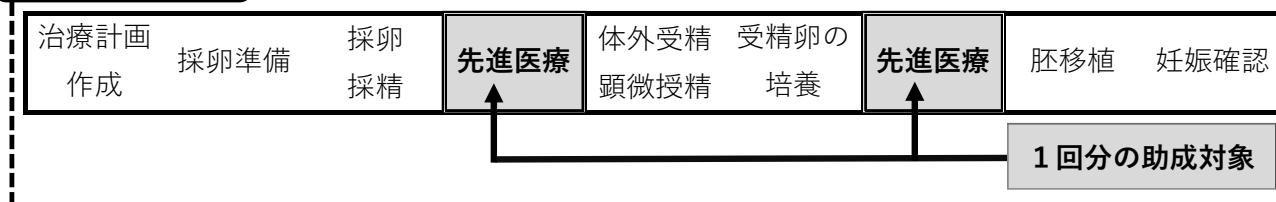
1回の治療*で先進医療にかかった費用の10分の7について、5万円を上限に助成します。



※ 「1回の治療」とは

医師が判断した採卵準備のための投薬開始等の治療計画を作成した日等から、妊娠の確認等（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合を含む。）に至るまでの体外受精等の実施の一連の過程を1回の治療とします。

1回の治療(例)



(4) 申請期限

- 申請期限 治療終了日*から起算して6月以内

※ 申請期間を過ぎた治療についての申請は受け付けられませんので、ご注意ください。

※ 「治療終了日」とは

妊娠確認検査をした日（妊娠の有無を問いません。）または医師の判断によりやむを得ず治療を中止した日のいずれかとなり、助成金申請に際し、主治医が作成する受診等証明書の「今回の治療期間」の「終了」の欄に記載された日となります。主治医にご確認ください。

2 助成を受けるための手続

1回の治療の終了後、申請期間内に次の申請書類一式をそろえて、子育て支援課母子保健係へご提出ください。

申請書類

- ① 伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業申請書（第1号様式）
申請者に記入していただくものです。振込先に指定する口座については、金融機関名、支店名、口座名義人（夫婦どちらかの名義・旧姓は不可）、口座番号をよくご確認ください。
- ② 申請者名義の振込先口座を確認できるもの（通帳など）のコピー
- ③ 伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書（第2号様式）※ 原本
※ 治療を受けた保険医療機関の主治医が作成したもの。
※ 文書料等については、申請者のご負担になります（文書料は助成の対象外です）。
- ④ 保険機関の発行する領収書及び診療報酬明細書の原本
領収書の紛失等で一部が提出されず、領収書の合計金額が上限額に満たない場合は、受診等証明書の領収金額にかかわらず、提出された領収書の対象費用の合計金額が助成額となります。
- ⑤ 申請者の加入している健康保険証のコピー
- ⑥ 法律上の婚姻関係及び住所を確認できる書類
※ 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）又は本市のパートナーシップ宣誓書受領証等（事実婚をしている者に限る。）
- ⑦ 市税を滞納していないことを証明する書類

3 支給方法

助成決定後、決定通知書を送付し、申請書に記載された指定口座に助成金を振り込みます。



伊勢原市公式イメージキャラクター
クルリン

伊勢原市 子育て支援課 母子保健係
住 所：伊勢原市田中348
電話番号：0463-94-4637
Mail：kosodate@isehara-city.jp