

不妊治療の助成を希望される皆さまへ



朝 日 町

対象者	1. 体外受精又は顕微授精以外に妊娠が望めないと主治医が判断しており、夫婦間の妊娠を目的とし、配偶者以外から精子又は卵子の提供を受けないこと 2. 夫婦の両方又はいずれか一方の住所が、申請日において1年以上朝日町にあること 3. 指定医療機関又は保険医療機関において、不妊治療を受けていること 4. 町税等に滞納がないこと						
対象の治療及び助成額	① 下記 A から F の治療（保険診療、自由診療、先進医療が対象です） A 新鮮胚移植を実施 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合） C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施 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、多精子受精などの異常受精等による中止 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 ※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 （注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">治療開始日の妻の年齢</th><th style="text-align: center;">助成額</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">❖ 43歳未満</td><td> 1回の治療費の全額 対象となる費用は、治療に要した自己負担額から、<u>高額療養費や県等の助成金を控除した費用</u>です。 </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">❖ 43歳以上</td><td> 1回の治療につき15万円まで 対象となる費用は、治療に要した保険適用外医療費です </td></tr> </tbody> </table> ② 男性不妊治療 ①のA・B・D・E・Fの治療内で実施した、精巣または精巣上体から精子を回収する手術 助成額：<u>1回の男性不妊治療にかかる費用の全額</u> 対象となる費用は、男性不妊治療に要した自己負担額から、<u>高額療養費や県等の助成金を控除した費用</u>です。	治療開始日の妻の年齢	助成額	❖ 43歳未満	1回の治療費の全額 対象となる費用は、治療に要した自己負担額から、 <u>高額療養費や県等の助成金を控除した費用</u> です。	❖ 43歳以上	1回の治療につき15万円まで 対象となる費用は、治療に要した保険適用外医療費です
治療開始日の妻の年齢	助成額						
❖ 43歳未満	1回の治療費の全額 対象となる費用は、治療に要した自己負担額から、 <u>高額療養費や県等の助成金を控除した費用</u> です。						
❖ 43歳以上	1回の治療につき15万円まで 対象となる費用は、治療に要した保険適用外医療費です						
助成回数：1年度あたり3回まで *年度とは毎年4月1日～3月31日の期間をいいます *申請日の属する年度において、助成回数を数えます							
必要書類	1. 朝日町不妊治療費助成金交付申請書※ 2. 不妊治療費助成事業受診証明書※、及び該当がある場合、男性不妊治療費助成受診証明書※ 3. 同意書※ 4. 医療機関又は院外処方薬局が発行する領収書及び診療報酬明細書（原本） 5. 保険診療の場合、治療を受けた方の資格確認書等の写し（マイナポータルの健康保険情報画面を印刷したもの等） 6. 保険診療の場合、限度額適用認定証の自己負担限度額適用区分が確認できるものの写し（マイナポータルの健康保険情報画面を印刷したもの等） 7. 該当がある場合、高額療養費や県等の助成金の金額が分かる書類（支給決定通知書や交付決定通知書など） 8. 夫婦で住所が異なる場合、戸籍謄本 9. 事実婚の場合、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書※						

※ 申請書、証明書、同意書、申立書の各用紙は、町ホームページ及び保健センターにあります。

朝日町ホームページ



裏面もご覧ください →

申請期限：治療が終了した日の属する月末から1年以内

指定医療機関	富山県不妊治療費助成事業指定医療機関に準じます。県外の指定医療機関については、富山県ホームページでご確認ください。なお、県に指定されていない医療機関であっても、体外受精および顕微授精を保険診療で実施している医療機関（保険医療機関）での治療は、助成対象です。		
	●令和7年8月現在の県指定医療機関名及び住所		
	あわの産婦人科医院	下新川郡入善町入膳 229-3	 富山県ホームページ
	富山県立中央病院	富山市西長江 2-2-78	
	富山赤十字病院	富山市牛島本町 2-1-58	
	小嶋ウィメンズクリニック	富山市五福 521-1	
	女性クリニックWe 富山	富山市根塚町 1-5-1	
	あいART クリニック	高岡市下伏間江 572	
	富山県済生会富山病院（男性不妊治療）	富山市楠木 33-1	
	他県外医療機関	詳細については県HPへ	



保険診療で治療される方へ ～ 高額療養費に関するお願い ～

保険診療の場合、ひと月の自己負担額が限度額を超えた場合には、国の高額療養費制度により、その超えた分が加入する公的医療保険より「高額療養費」として支給されます。町へ申請される前に、以下についてご確認をお願いします

1. あらかじめ、ご自身の「自己負担限度額」をご確認下さい。

ひと月の医療費に対する自己負担額の上限（自己負担限度額）は、年齢及び所得に応じて定められています。保険者へ確認する等して、ご自身の自己負担限度額をお確かめ下さい。

2. 「自己負担限度額」を超えた場合は、町へ申請する前に、「高額療養費」を受給して下さい。

高額療養費の支給方法は、自動で口座に振り込まれる場合と、申請が必要な場合とがあり、加入する公的医療保険によって異なります。申請が必要な場合は、治療後、速やかに保険者へ申請して下さい。町の助成金交付後に、高額療養費を受給された場合、助成金の過剰交付分を返還していただく場合があります。必ず高額療養費を受給してから町へ申請下さい。

高額療養費に関してご不明な点がある場合には、保険者へご確認ください。

お問合せ・申請窓口 朝日町保健センター TEL 0765-83-3309

