

## 新潟市不育症治療費助成事業のご案内

不育症治療を行なった方を対象に費用の一部を助成しています。

※新潟市不育症検査費用助成事業とは内容が異なります。

♥不育症とは・・・妊娠はするけれど、2回以上の流産・死産等を繰り返して結果的に赤ちゃんを授けられないことをいいます。

### 1. 助成対象となる方

●次に掲げる要件を全て満たす方が対象となります。

所得制限や年齢制限、法律婚の制限はありません。

- ①治療期間及び申請日において、夫婦であること（事実婚も含む）
- ②治療期間及び申請日において、妻が新潟市に住所を有すること（夫の検査費用を助成する場合は、夫も検査日及び申請日において新潟市に住所を有すること）
- ③申請日において、1治療が終了していること
- ④治療期間及び申請日において、医療保険法各法に規定する被保険者、組合員又は被扶養者であること

※ 1治療とは・・・不育症の原因を特定するための検査・治療、出産（又は流産・死産）までの期間をいいます

### 2. 対象となる検査及び治療

健康保険が適用される検査・治療費等に限りません。

※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、その他直接治療等に関係ない費用は対象外

※国内の医療機関で実施した検査及び治療が対象

### 3. 助成限度額及び回数

検査・治療に要した医療費の自己負担額（妊産婦医療費助成の有効期間中の医療費は、妊産婦医療費助成後の自己負担額）の2分の1を助成します。

ただし助成額は1回の妊娠につき、10万円を限度とします。

助成回数の制限はありません。

### 4. 申請期限

1治療が終了した日（出産または流産・死産）から3か月以内。

令和8年2月～3月に治療終了した場合は令和8年4月30日まで。

期限が過ぎると助成できませんので、治療終了後速やかに申請をお願いします。

### 5. 申請方法

電子申請又は郵送で裏面の書類を添付のうえ、申請ください。

申請に必要な書類

必要書類	対象者	備考
① 新潟市不育症治療費助成事業申請書 (別記様式第1号)	全員	
② 新潟市不育症治療費助成事業受診証明書 (別記様式第2号)	全員	治療・出産等した医療機関や保険薬局が記載。 複数の医療機関で検査・治療をした場合や保険薬局で処方された場合の証明書の提出は以下のとおり。 〔 出産等を扱った医療機関：必須※ 検査・治療のみ実施した医療機関、保険薬局：任意 〕 ※出産等を扱った医療機関で不育症治療を実施しておらず、証明書の記載ができない場合は、受診証明書の提出ができないため、出産等がわかる書類(母子健康手帳の「表紙」と「出生届出済証明」のページ等)を提出してください。
③ 事実婚関係に関する申立書 (別記様式第3号)	事実婚	1 治療の申請につき1枚必要。
④ 両人それぞれの*戸籍謄本	申請者	治療開始時に事実婚状態にある両人が、他者と重婚していないことを確認するために必要。
⑤ 高額療養費や付加給付の給付額等が記載された関係書類の写し	必要な方のみ	高額療養費や付加給付の受給がある場合、受給手続き中の場合必要。
⑥ 振込口座情報の写し	全員	旧姓の口座は使用不可。 ゆうちょ銀行は振込用の店名・預金種目・口座番号がわかる通帳の写し。

下記に該当する場合は、上記必要書類の他に次の書類が必要です

夫婦の住所が異なる場合	夫の*戸籍謄本
住民基本台帳を閲覧することに同意しない場合	*住民票の写し(続柄・世帯主の記載があり、マイナンバーの記載がないもの。)
妊産婦医療費助成受給の調査をすることに同意しない場合	妊産婦医療費助成受給者証(有効期間が記載されている部分を含む)の写し

\*3か月以内に発行したもの。

電子申請

電子申請はこちらから>

問合せ先及び郵送先

住所：新潟市中央区学校町通1-602-1 新潟市子ども未来部子ども家庭課 母子保健グループ

電話：025-226-1205 (直通)

FAX：025-224-3330

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

○申請書の様式は、新潟市ホームページに掲載しております。

こちらからご確認ください>

