

〈 不 育 症 治 療 費 助 成 制 度 に つ い て 〉

不育症と診断され不育症治療を受けているご夫婦に対して、医療保険が適用されない治療費の一部を助成します。

対 象 者

1. 国内の医療機関において、不育症と診断され不育症治療を受けている方
2. 医療保険各法における加入者である方
3. 婚姻の届をしている夫婦で、申請日以前に夫婦の一方又は双方が、1年以上栃木市に住民登録している方
4. 市税を滞納していない方

対象となる治療

国内の医療機関における不育症治療で、不育症と診断され医師により必要と認められた検査費および診療費が対象となります。

補 助 金 額

健康保険法による保険診療外の治療費のうちすでに支払った治療費の2分の1の額で、1年度30万円を限度とします。（文書料や入院時の室料・食事代は除く）

また、他制度の助成対象となる場合は、治療費から給付を受けた金額を控除した額を基準額とします。

持 参 す る も の

1. 不育症治療費助成申請書
2. 領収書（原本をお持ちください。確認印を押印してお返しいたします。）
3. 認印
4. 申請者の通帳
5. ご夫婦の保険証のコピー
6. 他制度の助成対象となる場合はその交付決定通知書のコピー
7. 夫婦の一方が栃木市以外に住民登録をされている場合は、法律上夫婦であることが証明できるもの（戸籍謄本等）

申 請 期 限

1つの治療期間ごとに、治療が終了した日（医師が証明した治療期間の最終日）の属する年度の翌年度末日までに申請してください。

※治療期間とは、不育症治療等を開始した日からその妊娠による出産（流産・死産等を含む）までの期間です。