

令和8年度岩見沢市 先進不妊治療費等助成事業

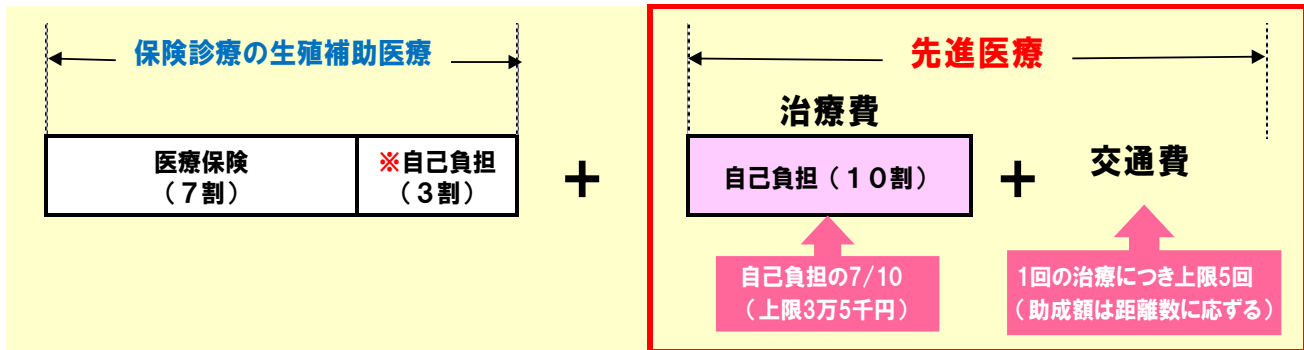
岩見沢市では不妊治療を受けているご夫婦の経済的負担を軽減するため、医療保険適用の生殖補助医療(体外受精・顕微授精・男性不妊治療)を行う際に、併用して先進医療を受けた方に対し、先進医療に要した治療費及び交通費の一部を助成します。



助成対象となる費用

医療保険適用の生殖補助医療と併用して、自費で実施された**先進医療に係る治療費及び交通費**

赤枠内が助成対象



※市では、生殖補助医療の自己負担に対しても助成を行っております。(別途、申請が必要)

助成対象者

次の要件を全て満たしている方

- ① 婚姻をしている、または事実婚である
- ② 夫婦のいずれかが、申請日の1年前から申請日までの間、引き続き岩見沢市に住所を有する。
(ただし、転勤・移住等により夫婦がともに転入した場合はこの限りではありません)
- ③ 夫婦のいずれも市税や国民健康保険料等を滞納していない
- ④ 保険診療として生殖補助医療を受診し、先進医療を登録医療機関で受診している
- ⑤ 他の市区町村で同一の治療に関して助成を受けていない

※対象年齢および助成回数は、医療保険の適用要件と同じです。

【医療保険の適用要件】

生殖補助医療	対象年齢	助成回数	
	保険診療による初回治療開始日の女性の年齢が43歳未満であること	40歳未満	通算6回まで(1子につき)
40歳以上43歳未満		通算3回まで(1子につき)	

助成金額

- 治療費 : 1回の生殖補助医療(※)につき、**先進医療に要した検査・治療費の10分の7**について、**上限3万5千円**
- 交通費 : 自宅から医療機関まで片道25kmを超える場合は、**距離数に応じて設定された補助基準額の3分の2**、1回の生殖補助医療につき**5回を上限に助成**

※1回の生殖補助医療

採卵準備のための投薬開始から妊娠確認等に至るまでの一連の治療を1回とします。
(以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合を含む)

助成対象となる治療

次の要件に該当する「先進医療に要した費用」が対象となります。

- ①令和5年4月1日以降に開始した、保険診療の生殖補助医療と併用して実施した先進医療
- ②厚生労働省より告示された医療技術であること(下表のとおり)
- ③当該先進医療の実施機関として承認された医療機関で受けた治療であること

厚生労働省が告示している先進医療					
1	PICSI	6	子宮内膜スクラッチ	11	マイクロ流体技術を用いた精子選別
2	タイムラプス	7	IMSI	12	反復着床不全に対する投薬(タクロリムス)
3	子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)	8	子宮内フローラ検査	13	着床前肺異数性検査 (PGT-A)
4	SEET法	9	子宮内膜受容期検査 (ERPeak)		
5	子宮内膜受容能検査 (ERA)	10	二段階胚移植法		

北海道不妊治療等
助成事業のご案内
(北海道HP)



https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/hunin_josei.html

※令和8年3月末現在の情報で、今後追加される場合がありますので、北海道のホームページをご確認ください。

申請に必要な書類

	申請書類等	備考
1	岩見沢市先進不妊治療費等助成事業申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・申請の際に窓口でお渡しします。市のホームページからダウンロードすることもできます ・申請者はご夫婦のどちらかです(申請者と振込先名義人を同一にしてください) ・先進医療費と生殖補助医療費の両方の申請がある場合は、それぞれで申請してください
2	岩見沢市先進不妊治療費等助成事業受診証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・治療終了後に治療を受けた医療機関へ作成を依頼してください ・作成にかかる文書料は助成の対象になりません
3	領収書・明細書の写し	今回の治療(2の受診証明書に記載されている治療)の領収書及び明細書が必要です。コピーは返却できません
4	通帳の写し	振込先の口座支店名、口座番号が記載されたページをコピーしたものがが必要です
5	本人確認書類の写し	運転免許証、マイナンバー、パスポート等いずれか
6	戸籍謄本	夫婦のいずれかが市外に住民登録している方のみ、発行後3か月以内のものを提出してください
7	事実婚関係に関する申立書	事実婚関係にある方のみ提出してください

※3、4、5、6、7は生殖補助医療費助成と同時申請の場合は不要です。

申請期限

1回の生殖補助医療につき、1回の申請となります。生殖補助医療が終了した日の属する年度内に申請してください。

※やむを得ず申請期限が間に合わないことが見込まれる場合は、下記申請先まで必ずご連絡ください。



【申請・お問合せ先】

こども家庭センター(であえーる岩見沢3階)

住所: 〒068-0024 岩見沢市4条西3丁目1番地

電話: 0126-22-3337

交通費助成額

距離区分 (片道)	補助基準額	助成額 (3分の2乗じた額)
25km以内	対象外	対象外
25kmを超えて50kmまで	1,840円	1,226円
50kmを超えて75kmまで	3,180円	2,120円
75kmを超えて100kmまで	4,040円	2,693円
100kmを超えて125kmまで	5,060円	3,373円
125kmを超えて150kmまで	6,160円	4,106円
150kmを超えて175kmまで	7,920円	5,280円
175kmを超えて200kmまで	8,800円	5,866円
200kmを超えて225kmまで	9,680円	6,453円
225kmを超えて250kmまで	10,340円	6,893円
250kmを超えて275kmまで	11,880円	7,920円
275kmを超える	12,540円	8,360円

※「距離区分」は、自宅から医療機関までの片道距離

※「助成額」は、往復分（1回の治療につき上限5回）