

○治療費

1回の治療にかかった費用に10分の7を乗じた金額(1円未満の端数切捨て)、もしくは3万5千円のいずれか低い方の金額を助成します。

先進医療にかかった費用	A	円	「受診証明書」に記載された金額を記入
補助基準額	B	円	①上記Aの金額が5万円未満⇒ Aと同額を記入 ②上記Aの金額が5万円以上⇒ 50,000円と記入
助成額	$B \times 7/10 =$	円	Bの補助基準額に10分の7を乗じた金額 (1円未満の端数切捨て)、 もしくは3万5千円のいずれか低い方の金額 を記入

↳ 太枠の金額を申請書に記入

○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に3分の2を乗じた金額を、1回の生殖補助医療につき5回を上限に助成します。

交通手段	鉄道・バス・自家用車・その他()
行程	自宅～ _____ 病院
距離(片道)	_____ km ※GoogleMap等で計測

※補助基準額と助成額は、下表より該当する金額を記載してください。

	受診日	補助基準額	助成額
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円
4回目	年 月 日	円	円
5回目	年 月 日	円	円
合計			円

↳ 太枠の金額を申請書に記入

距離区分(片道)	助成基準額(往復)	助成額 (3分の2を乗じた額)
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