

◆ 宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度Q & A

【助成対象等の共通事項について】

Q1. 助成対象の要件はありますか。

A1. 要件は以下の通りです。（次の要件を満たす方）

- 生殖補助医療の治療が必要であると医師に診断された方
- 治療開始日及び助成申請日時点で夫または妻のいずれかが宇都宮市民であり、法律上の婚姻をしている夫婦または事実婚関係にある夫婦
※ 治療期間の途中で転入した場合や、治療終了後助成から申請日までの間に転出した場合は、助成対象外です。
- 夫または妻の住所が宇都宮市外にある場合、本市に申請する治療について、他自治体で助成を受けていないこと
- 助成申請を行う治療開始日の妻の年齢が42歳以下であること
- 市税（住民税、固定資産税、国民健康保険料、軽自動車税等）の滞納がないこと
※ 助成申請日から1か月以内に市税を納めた場合は、納税状況の反映に時間を要するため、別途、納付が分かる書類（納付書の半券等）の提出を依頼する場合があります。

Q2. 助成対象の治療は何ですか。

A2. 生殖補助医療及び先進医療です。（第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療や、借り腹によるもの、先進医療以外の保険適用外治療は対象外です。）

生殖補助医療とは、これまで「特定不妊治療」と呼ばれていた「体外受精・顕微授精・男性不妊治療」のことで、先進医療とは、厚生労働省が先進医療として告示する技術（例：タイムラプス法、IMSI, Sheet 法など）のことです。

先進医療については、審議中の技術も含まれているため、最新の承認状況は、こども家庭庁のホームページ「不妊治療に関する先進医療の検討状況について」をご覧ください。▶ <https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/funin/>

Q3. 令和4年4月1日以降に男性不妊治療を行いました。助成対象ですか。

A3. 男性不妊治療においては、不妊治療として実施する一連の治療の開始日が令和4年4月1日以降であれば助成対象となります。

助成対象となる治療は、不妊治療（体外受精・顕微授精）に至る過程の一環として精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術で、精巣内精子生検採取法(TESE)・精巣上体内精子吸引採取法(MESA)・経皮的精巣上体内精子吸引採取法(PESA)・精巣内精子吸引採取法(TESA)です。

※ 「精管閉塞」、「先天性の形態異常」、「逆行性射精」、「造精機能障害」、「精索静脈瘤手術」、「精路再建手術」といった手術療法や薬物療法は対象外です。

なお、不妊治療を実施する医療機関（Q9参照）の主治医の指示により妻の採卵前に夫の手術を行い、精子が採取できなかったために治療を中止した場合は助成対象です。

Q4. 助成申請の回数制限はありますか。

A4. 助成申請の回数は、夫婦ごとに通算6回です。年度ごとの回数制限はありませんが、申請する治療ごとの治療の開始日時点における妻の年齢が42歳以下であることが要件となります。（通算回数が残っていても、申請しようと考えている治療の治療開始日時点で43歳以上の場合は申請することができません。）

Q5. 助成対象となる治療期間はいつですか。

A5. 対象となる治療期間は、治療開始日が令和4年4月1日以降に開始した治療が対象です。1回の治療ごとに申請することができます。

1回の治療ごととは、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までとします。不妊治療として実施する一連の治療として、男性不妊治療を実施した場合の考え方は、Q3をご覧ください。具体的な治療期間については、受診する医療機関にご確認ください。

【治療内容（ステージ）・期間のイメージ図】

1回の治療内容		採 卵 ま で			採 精（夫）	（前培養・媒精（顕微授精）・培養） 受精	胚 移 植						（胚移植のおおむね2週間後） 妊娠の確認
		薬品投与（点鼻薬） （自然周期で行う場合もあり）	薬品投与（注射） （自然周期で行う場合もあり）	採 卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法	
A	新鮮胚移植を実施												
B	凍結胚移植を実施＊												
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、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止												
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												
G	男性不妊治療＊ 精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術												

※B: 採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

※G: 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

Q6. 令和4年4月から、不妊治療が保険適用となりましたが、すべての治療が保険適用となったのでしょうか。

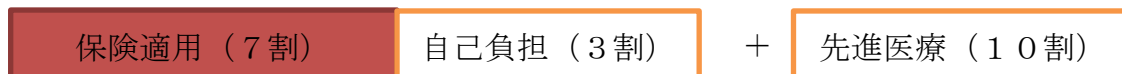
- A6. 体外受精・顕微授精・男性不妊治療で行う標準的治療は保険適用となりました。
 そのため、標準的治療を行う場合は、保険適用（患者窓口負担3割）となります。
 また、保険適用と併せて先進医療を実施した場合は、先進医療を実施する医療機関として国が承認した医療機関では、保険適用（患者窓口負担3割）＋先進医療（患者窓口負担10割）となりますが、それ以外の医療機関では、患者窓口負担がすべて10割となります。

【保険適用のイメージ図 ※（ ）内は患者窓口割合を表しています。】

● 標準的治療のみ



● 標準的治療＋先進医療（国が承認した医療機関で実施した場合）



● 標準的治療＋先進医療（それ以外の医療機関で実施した場合）



Q7. 助成額を教えてください。

A7. 初回申請と2回目～6回目の申請では助成金の算定方法が異なります。

● 初回申請

自己負担額の10割助成 上限45万円

- ・ 保険適用で行う生殖補助医療における自己負担額（健康保険組合から支給される高額療養費や付加給付を控除した額）

⇒ 高額療養費に該当する場合や、加入している健康保険組合（〇〇健康保険組合・全国健康保険協会〇〇支部・〇〇国民健康保険・共済組合など）から付加給付が支給される場合や、申請する治療分について他の医療費助成を受けている場合は、その支給（助成）額を自己負担額から差し引いて助成額を算定します。（高額療養費や付加給付についてはQ10、Q12を参照）

- ・ 保険適用外で行う生殖補助医療における自己負担額（保険適用外治療との併用や保険適用の回数を使い切るなどの理由で、保険適用外となった金額）
- ・ 先進医療における自己負担額

● 2回目～6回目

自己負担額の7割助成 上限30万円

- ・ 保険適用外で行う生殖補助医療における自己負担額（保険適用外治療との併用や保険適用の回数を使い切るなどの理由で、保険適用外となった金額）
- ・ 先進医療における自己負担額

※ 混合診療（保険適用と先進医療を併用した治療）の場合は、先進医療に対する自己負担額の7割助成 上限7万円

【助成額のイメージ図（点線枠内が助成対象）】

● 初回申請（自己負担額の10割助成 上限45万円）



● 2回目～6回目（自己負担額の7割助成 上限30万円（混合診療は上限7万円））



Q8. 申請期限はいつまでですか。

A8. 治療終了日の翌月から翌年の治療終了日同月末まで（1回の治療ごとに1年以内に申請）となります。申請期限を過ぎた場合は受け付けすることができません。

例：令和6年6月15日に終了した治療 ⇒ 令和7年6月30日が申請期限

ただし、Q1の助成対象の要件にあるとおり、“治療開始日及び助成申請日時点で夫または妻のいずれかが宇都宮市民”であることが要件のひとつであるため、市外・県外へ転出する場合は、宇都宮市民として住民登録がある日までを申請期限とします。

Q9. どの病院で治療をしても助成の対象となりますか。

A9. 公益財団法人 日本産科婦人科学会の「体外受精・胚移植」及び「顕微授精」に関する登録施設となっている医療機関で受けた治療が対象となります。登録施設となっている医療機関であれば、市外の医療機関も対象です。

また、男性不妊治療は、上記の医療機関の指示により、男性不妊治療を実施する医療機関（泌尿器科等）にて実施した治療が対象となります。

助成の対象となる医療機関の確認は、公益財団法人 日本産科婦人科学会のホームページ「施設検索」をご覧ください。実際に対象の治療を実施しているか等の詳細につきましては、各医療機関へ直接お問合せください。

▶ https://jsog.members-web.com/hp/search_facility

先進医療を実施する医療機関として厚生労働省が承認した医療機関については、厚生労働省のホームページ「先進医療を実施している医療機関の一覧」をご覧ください。

▶ <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kikan02.html>



【高額療養費制度・付加金について】

Q10. 病院の窓口で「高額療養費制度」の案内を受けました。どこに申請すれば良いですか。

A10. 医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が1か月（暦月：1日から末日まで）で上限額を超えた場合、その超えた額を支給する「高額療養費制度」があります。

ご自身が加入している健康保険組合に、高額療養費の支給申請書を提出することで支給が受けられます。申請方法については、加入している健康保険組合にご確認ください。

また、高額療養費の支給申請後、支給決定までに約2～3か月要しますので、お早めにお手続きをお願いします。

【参考：高額療養費にかかる自己負担月額の限度額（令和8年8月から令和9年7月まで）】

適用区分	所得区分	自己負担月額の限度額	多数該当の場合	年単位の上限額
ア	社保：標準報酬月額83万円以上の場合 国保：年間所得901万円超の場合	$270,300 + (\text{医療費} - 901,000) \times 1\%$	140,100	1,680,000
イ	社保：標準報酬月額53万円以上79万円以下の場合 国保：年間所得600万円超901万円以下の場合	$179,100 + (\text{医療費} - 597,000) \times 1\%$	93,000	1,110,000
ウ	社保：標準報酬月額28万円以上50万円以下の場合 国保：年間所得210万円超600万円以下の場合	$85,800 + (\text{医療費} - 286,000) \times 1\%$	44,400	530,000
エ	社保：標準報酬月額26万円以下の場合 国保：年間所得210万円以下の場合	61,500		
オ	市区町村民税非課税世帯	36,900	24,600	290,000

【参考：高額療養費にかかる自己負担月額の限度額（令和8年7月まで）】

高額療養費について			
1 か月の医療費について、以下に示す額を超えて支払ったときは高額療養費制度に該当しますので、加入健康保険組合から通知のある 高額療養費決定（支払）書 又はそのコピーを必ず添付してください。			
【高額療養費にかかる自己負担月額の限度額】			
適用区分	所得区分	自己負担月額の限度額	多数該当の場合※
ア	社保：標準報酬月額 83 万円以上の場合 国保：年間所得 901 万円超の場合	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1%	140,100 円
イ	社保：標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下の場合 国保：年間所得 600 万円超 901 万円以下の場合	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1%	93,000 円
ウ	社保：標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下の場合 国保：年間所得 210 万円超 600 万円以下の場合	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1%	44,400 円
エ	社保：標準報酬月額 26 万円以下の場合 国保：年間所得 210 万円以下の場合	57,600 円	44,400 円
オ	市区町村民税非課税世帯	35,400 円	24,600 円

※ 高額療養費を申請される月以前の直近 1 2 か月の間に、高額療養費の支給を受けた月が 3 か月以上ある場合は、4 か月目以降から「多数該当」という扱いになり、自己負担限度額が軽減されます。

※ 合算高額療養費について
同一月内かつ同一世帯で家族や本人に 1 医療機関（入院・外来別）ごとに 2 万 1 千円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が加入健康保険組合から支給されます。

Q 1 1. 病院での支払金額を自己負担限度額までにするために必要なことは何か。

A 1 1. 事前に治療費が高額となることが分かっている場合は、あらかじめ、ご自身が加入している健康保険組合に「限度額適用認定証」の申請を行うか、マイナ保険証（保険証利用登録されたマイナンバーカード）の使用時に「高額療養費制度を利用する」を選択することで、1 か月の医療機関窓口での支払金額が自己負担限度額までとなります。

なお、制度内容や申請方法などは、ご加入の健康保険組合にご確認ください。

※ 限度額適用認定証の発行までに時間がかかる場合がありますので、お早めにお手続きをお願いします。

Q 1 2. 付加金とは何ですか。

A 1 2. 付加金とは、健康保険組合が独自で行っている給付のことです。1 か月（暦月：1 日から末日まで）に窓口で支払った医療費の自己負担額が、独自に設定された限度額を超えた場合に、その超えた分が付加給付として支給されます。付加給付があるかについては、ご加入の公的医療保険にご確認ください。

※ 付加給付の名称は、ご加入の健康保険組合によって異なる場合があります。

例：一部負担金払戻金、一部負担還元金、家族療養費付加金、付加給付金

【申請回数や申請順について】

Q13. 以前の国の助成制度の申請回数を使い切っていますが、新しい助成金は申請できますか。

A13. できます。

これまでの国の助成制度の申請回数や保険適用の回数は問いませんので、令和4年4月1日以降に開始した治療を初回（1回目）とします。第1子や第2子等の別も問いません。

Q14. 令和4年4月1日以降、2回の治療をしました。2回目の方が、1回目と比較して自己負担額が多かったので、2回目の治療を「初回」として、1回目の治療を「2回目」として申請してもいいですか。

A14. 2回目の治療を「初回」として申請することはできますが、その場合、1回目の治療を申請することができなくなります。申請する順番の考え方は、Q15をご覧ください。

Q15. 申請する順番に制限はありますか。

A15. 宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度受診等証明書（様式第2号）に記載される“治療終了日”の早い順に受付します。既に受付した治療よりも早い治療終了日の受付（遡った日付で受け付けをすること）はできませんので、申請する際はご注意ください。

Q16. 助成制度は使わずに、保険適用にて治療を続けてきましたが、保険適用回数を使い切りました。（例：38歳で6回の保険適用治療が終了）

7回目の治療を自費で行いますが、「初回（1回目）」として申請できますか。

A16. できます。

※ 保険適用回数は、39歳以下が6回、40歳～42歳以下が3回となります。算定要件については、各医療機関にご確認ください。

Q17. 初回申請をしました。その後、保険適用による治療を続けてきましたが、保険適用回数（例：39歳で6回治療）を使い切ったので、次の治療から保険適用外になります。この場合、保険適用外の治療は、新しい助成制度の「2回目以降」として申請できますか。

A17. できます。

今回のケースのように、保険適用回数を使い切ったことで保険適用とならず、保険適用外による治療となった場合、2回目以降として申請することができます。

※ もともと保険算定ができない薬や検査等は助成の対象外です。

※ 「保険適用外＋先進医療（上限30万円）」や「保険適用＋先進医療（上限7万円）」といった治療も2回目以降として申請することができます。

【申請書類について】

Q18. 受診等証明書はコピーを提出しても良いですか。

A18. 必ず原本を提出してください。お預かりした書類は、返却することができませんので、お手元に控えを残しておきたい方は、あらかじめコピーをお取りください。

Q19. 領収書のほか、診療明細書の添付は必要ですか。

A19. 診療明細書の添付は不要です。

Q20. 領収書を紛失してしまった場合はどうしたら良いですか。

A20. 医療機関において、領収書に代わる書類（支払証明書等）を発行してもらえる場合があります。医療機関にお尋ねください。

なお、領収書の紛失等で一部が提出されず、領収書の合計金額が受診等証明書の領収金額に満たない場合は、添付された領収書の合計金額を助成対象の治療費の合計金額とします。

Q21. 受診等証明書の領収金額欄にある「院外処方」の「1. 有」に○がついています。この場合は、薬局の領収書の添付が必要ですか。

A21. 必要です。院外処方「有」の場合、院外薬局が発行する領収書（薬を処方した医療機関名が記載されたもの）を添付してください。明細書は不要です。

Q22. 申請書や受診等証明書・領収書のほかに申請に必要な書類はありますか。

A22. 初回（1回目）の申請を行う場合で、保険適用により治療した際は、加入している健康保険組合から高額療養費や、付加給付が支給される可能性があります。必ずご加入の健康保険組合へ請求した後、決定通知書等の払戻しとなった金額が分かる書類を添付して申請してください。

また、本市に申請した治療と同一の治療において、他の医療費助成制度（妊産婦医療費助成制度等）にて助成を受けている場合についても、助成額が分かる書類（決定通知書等）を添付し申請してください。

また、高額療養費等の請求を行う場合は、申請から支給決定までに一定期間を要しますので、お早めにお手続きをお願いします。

Q23. 配偶者が、国外に居住しているため住民票の提出ができません。その場合は、どのような書類を提出すればよいのですか。

A23. 国外に居住していると判断できる書類の提出が必要です。例としては、本人の氏名と住所が記載されている公共料金等の納付書や、在勤・在学証明書等になります。なお、証明書が外国語の場合は、日本語訳を添付してください。

Q24. 事実婚の場合、申立書のほかに必要な書類はありますか。

A24. 双方の戸籍謄本（3か月以内に発行したもので、原本に限る。）の添付が必要となります。外国籍の場合、戸籍謄本に代わる書類（独身証明書等）を日本語に訳し、添付してください。

Q25. 個人番号（マイナンバー）の記入は必ず必要ですか。

A25. 個人番号（マイナンバー）の記入は“必ず必要”ではありませんが、個人番号（マイナンバー）をご記入いただくことで、ご夫婦のどちらかの住所が宇都宮市外にある場合の住民票（原本）の提出を省略することができます。



【その他の事項について】

Q26. 公益財団法人 日本産科婦人科学会の登録施設である医療機関（Q9参照）における不妊治療の一環として、その医療機関とは別の近隣の医療機関で注射や検査を受けました。この場合も助成の対象となりますか。

A26. 公益財団法人 日本産科婦人科学会の登録施設である医療機関の主治医が行う不妊治療の一環として、主治医の指示により、患者の利便性等を考慮して近隣の医療機関（指定を受けていない医療機関も含む。）で投薬・注射・血液検査等を行った場合は、その旨を指定医療機関の主治医が受診等証明書の領収金額欄の余白に記入することにより、その費用についても助成対象に含めることができます。（例：〇〇病院の注射代を含む など）ただし、診察・採卵・受精・移植等の診察の根幹になる行為については認められません。

Q27. 転院したのですが、助成の対象となりますか。

A27. 公益財団法人 日本産科婦人科学会の登録施設である医療機関から、同法人の登録施設である他の医療機関へ転院したのであれば、助成の対象です。転院元あるいは転院先が同法人の登録施設ではない医療機関の場合は、助成の対象外です。

なお、本市の定める1回の治療（Q5参照）の途中で転院した場合については、治療の状況（転院元の医療機関で1回の治療を終えた後に転院するか等）によりしますので、当課までご相談ください。

Q28. 受診等証明書に記載された治療期間と、妊産婦医療費や重度心身障がい者医療費といった他の医療費助成制度の受給資格の期間が重複しています。どの医療費助成制度が優先されますか。

A28. 複数の医療費助成の対象となる場合は、以下の順番で制度が優先となります。

