

令和8年4月1日以降、保険診療による生殖補助医療費も助成対象となりました

総社市生殖補助医療費助成金給付事業の御案内



総社市では、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）を受けられたご夫婦に対して、経済的負担の軽減や一人でも多くの人への妊娠・出産の支援を目的に、生殖補助医療費助成金給付事業を実施しています。先進医療や保険外診療だけでなく、保険診療による生殖補助医療費も対象となりました。

1 助成対象者 以下の要件すべてに該当する方

- ① 生殖補助医療（体外受精・顕微授精）以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、または極めてないと医師に診断されていること。
- ② 生殖補助治療の開始日から申請日まで継続して夫婦（事実婚含む）であること。
- ③ 生殖補助治療の開始日における妻の年齢が43歳未満であること。ただし、保険診療分に関しては、令和8年4月1日以降に治療計画を作成した治療計画に基づき、治療を開始したものを助成対象とします。
- ④ 助成金の申請日において、夫婦の両者が本市に1年以上継続して住所を有していること（単身赴任等で市外に住民票を移している時期がある場合は申請できません）。
- ⑤ 対象者及び世帯員に市税の滞納がないこと。
- ⑥ 助成を受けようとする生殖補助治療において、他の地方公共団体からの助成等を受けていないこと。

生殖補助医療を受ける方は、次のいずれかの方法で受診してください。

○マイナ保険証（保険証と連携したマイナンバーカード）を利用する。

○限度額適用認定証（保険者へ事前申請が必要）を利用する。

2 助成対象となる治療

令和8年4月1日以降に治療計画を作成し、治療を開始した生殖補助医療（（別表）生殖補助医療のうち助成対象となる治療内容と区分 参照）。

※妻の生殖補助医療にあわせて行う男性不妊治療（夫の精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る）も含まれます。

※治療に係る院外処方がある場合は、薬局へ支払った薬剤費も含まれます。

※一般不妊治療（タイミング法・人工授精）は助成対象外になります。

※入院室料（差額ベット代）、食事代、文書料等、生殖補助医療の治療に直接関係のない費用は助成対象外です。

※以下の生殖補助医療は助成対象外となります。

○夫婦以外の第三者から提供を受けた精子、卵子又は胚によるもの

○夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入し、当該者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの

○夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの

(別表) 生殖補助医療のうち助成対象となる治療内容と区分

治療の内容 治療の区分	採卵(薬品投与・採卵)・採精(夫)	受精(前培養・媒精・培養)	胚移植(新鮮胚移植)	胚移植(胚凍結)	胚移植(凍結胚移植)	妊娠の確認
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目途が立たず治療終了	○	○		○		
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	○					

備考

- 1 「○」の治療を対象治療とする。
- 2 Bについては、採卵・受精後、1～3周期程度の間隔を空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に限る。
- 3 採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため中止した場合は、給付の対象とする。
- 4 A、B及びCにおける医師による妊娠判定検査において、妊娠したかどうかは問わない。

3 助成額

令和8年4月1日以降に作成された計画に基づき開始した治療について、1回の治療ごとに次表の(1)～(3)の申請区分のいずれかで申請してください。

※1回の治療につき申請区分(1)、(2)、(3)を重複して助成の申請することはできません。

(1回の治療とは、胚移植を目的とした医療計画に基づく採卵術(採卵術を実施するための準備を含む。)から胚移植(胚移植の結果の確認を含む。)等に至るまでの一連の治療過程をいいます((別表)生殖補助医療のうち助成対象となる治療内容と区分A～F参照)。

申請区分	1回の治療当たりの助成額	助成上限額
(1)保険診療のみ	高額療養費や付加給付金を除いた <u>自己負担額の5割</u> (1,000円未満切り捨て)	10万円
(2)保険診療と先進医療との併用診療	高額療養費や付加給付金を除いた <u>自己負担額の5割</u> と <u>先進医療に係る自己負担分の7割</u> の合計した額	保険診療 10万円 先進医療 10万円 合計 20万円
(3)保険外診療(自費診療)	<u>自己負担額の7割</u> (1,000円未満切り捨て)	20万円

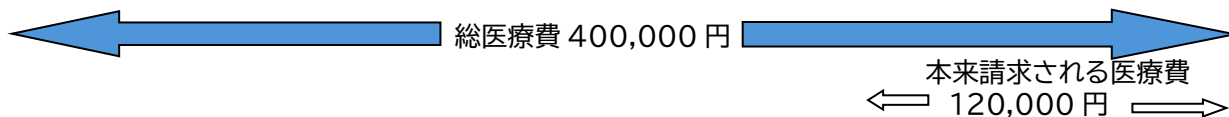
※生殖補助医療の保険診療と併用可能な先進医療の実施医療機関のうち、厚生労働省が承認している医療機関で治療を受けた場合に限りです。

先進医療を実施している医療機関の一覧(厚生労働省ホームページ)



【助成額例】

(1) 保険診療のみ



保 険 診 療		
保険が適用される生殖補助医療に係る保険者負担額(7割)		自己負担(3割)
健康保険が負担 280,000 円	最終的な自己負担額 100,000 円(A)	高額療養・ 付加給付 として還付 20,000 円

本来請求される医療費 120,000 円 - 高額療養費(※) 20,000 円 - 付加給付 0 円 = 最終的な自己負担額 100,000 円(A)

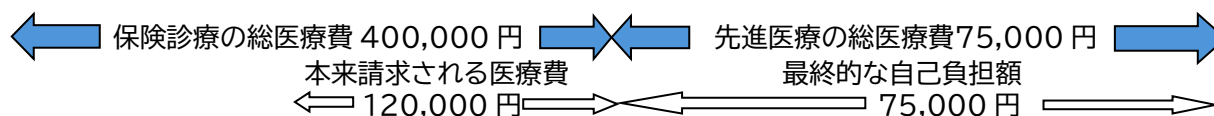
※マイナ保険証利用により限度額を超える支払いが免除されます。

●市の助成額 50,000 円 となります。

$$100,000 \text{ 円(A)} \times 1/2 = 50,000 \text{ 円}$$

(100,000 円を限度とします。1,000 円未満切り捨てとなります。)

(2) 保険診療と先進医療との併用診療による生殖補助医療



保 険 診 療		先 進 医 療	
保険(7割)	自己負担(3割)	全額自己負担(10割)	
健康保険が負担 280,000 円	最終的な自己負担額 100,000 円(A)	高額療養・ 付加給付 として還付 20,000 円	医療機関窓口での自己負担額 75,000 円(B)

(保険診療)

本来請求される医療費 120,000 円 - 高額療養費(※) 20,000 円 - 付加給付 0 円 = 最終的な自己負担額 100,000 円(A)
※マイナ保険証利用により限度額を超える支払いが免除されます。

(先進医療)

医療機関窓口での自己負担額 75,000 円(B)

●市の助成額 102,000 円 となります。

$$100,000 \text{ (A)} \times 1/2 \text{ (10万円を限度)} + 75,000 \text{ 円(B)} \times 7/10 \text{ (10万円を限度)}$$

$$50,000 \text{ 円} + 52,000 \text{ 円} = 102,000 \text{ 円}$$

(保険診療, 先進医療いずれも 10 万円を限度。1,000 円未満切り捨てとなります。)

(3)保険外診療(自費診療)による生殖補助医療

総医療費 475,000 円	
保 険 外 診 療	
全額自己負担(10割)	
475,000 円	

●市の助成額 200,000 円 となります。

$475,000 \times 7/10 = 332,500$ 円 (20万円を限度。1,000円未満切り捨てとなります。)

4 助成上限回数

※初めて助成を受ける治療の開始日における妻の年齢が

- (1)40歳未満の場合, 1子ごとに通算6回まで
- (2)40歳以上43歳未満の場合, 1子ごとに通算3回まで

※助成を受けた後, 出産した場合と妊娠12週以降に死産に至った場合は, これまでに受けた助成回数は0回とします。

※43歳以降に始めた治療は助成の対象外となります。

※過去に総社市で申請した生殖補助医療の申請回数も合算されます。

5 申請方法

生殖補助医療を受ける方は, 次のいずれかの方法で受診してください。

- マイナ保険証(保険証と連携したマイナンバーカード)を利用する。
- 限度額適用認定証(保険者へ事前申請が必要)を利用する。

※対象治療 1 回ごとに申請が必要です。(1 回の治療とは, 胚移植を目的とした医療計画に基づく採卵術(採卵術を実施するための準備を含む。)から胚移植(胚移植の結果の確認を含む。)等に至るまでの一連の治療過程をいいます((別表)生殖補助医療のうち助成対象となる治療内容と区分A~F参照)。

- ① 治療が終了し, 該当治療等の支払いが終了した日の属する年度の末日まで(3月15日から3月31日まで)に支払いを終了した場合は, 翌年度の4月15日まで)に申請をすることができます。治療終了後はできるだけ早急に申請してください。
- ② 1 回の治療が終了後, 費用を支払い, 主治医に「総社市生殖補助医療受診証明書(様式第 2 号)」の記入を依頼してください。
- ③ 必要書類を総社市こども課へ郵送してください。

〒719-1192 総社市中央一丁目 1 番 1 号

総社市役所 こども課 生殖補助医療担当者宛

※申請は原則郵送(特定記録推奨)でお願いします。こども課へ持参される場合は, 受け取るだけになりますので, 不備があれば後日こども課の担当から連絡させていただきます。

6 申請に必要なもの

す べ て の 方 が 提 出		
1	提出書類チェックリスト	書類が整っているかチェックし、提出してください。内容を精査し、可否を決定します。
2	総社市生殖補助医療費助成金給付申請書(様式第 1 号)及び計算式(申請額)別紙 1	◆ 総社市生殖補助医療費助成金給付申請書※1回の申請につき、毎回必要です。 ※申請者と助成金振込口座の名義人は同一人となります。 ※計算式(申請額)別紙 1 も必ず提出してください。
3	総社市生殖補助医療受診証明書(様式第 2 号)	◆ 総社市生殖補助医療受診等証明書 ※1回の申請につき、毎回必要です。 ※治療を受けた指定医療機関に記載を依頼してください。 ※ホームページの「助成対象となる治療」参照
4	医療機関の領収書及び診療明細書の写し	◆ 医療機関の領収書及び診療明細書の写し ※実施した治療の領収書及び診療明細書の写し(コピー)。原本の場合は、お返しできません。 ※指定医療機関が発行したもの。
5	夫婦関係を証明する書類	◆ 戸籍謄本(原本)(婚姻日、婚姻関係の有無を証明) ※発行日から3か月以内のもの。 ※初めて申請する場合に必要です。 ※事実婚の場合は、両方の戸籍謄本を提出してください。 ※夫婦ともに外国籍の方は、婚姻していることが分かる本国の証明と日本語に翻訳した書類が必要です。
6	申請者名義の銀行口座が分かるもの	※申請者と助成金振込口座の名義人は同一人となります。(助成金の給付審査途中で口座番号等の変更があると、振り込み時間に時間がかかる場合があります。) ※通帳またはキャッシュカードのコピー
該 当 す る 方 の み 提 出		
7	総社市生殖補助医療費助成金事業調剤証明書(様式第 3 号)及び調剤薬局の領収書のコピー	◆ 調剤を受けた薬局の領収書及び診療明細書の写し ※院外処方がある方は、提出することができます。医療機関での治療費が助成上限額に満たない場合は、薬局に証明書の記入を依頼してください。 ※薬局に証明をしていただく際に、生殖補助医療受診証明書(様式第 2 号)の一部を薬局に提示する必要があります。
8	高額療養費の自己負担限度額の適用区分の分かる書類 【保険診療を受けた方】 マイナ保険証等を提示していない場合、または提示していても申請書の自己負担限度額の適用区分ア～オの記載がない場合	※加入している健康保険者へ限度額適用認定証を申請した後、治療を開始してください。 ※限度額適用認定証のコピーを提出してください。
9	付加給付金の支給決定通知書のコピー 【保険診療を受けた方で付加給付金の支給がある方】	※自身の健康保険に付加給付制度があるかどうか、各保険者にご確認ください。
10	事実婚関係に関する申立書(様式第 4 号) 【事実婚夫婦の場合】	◆ 事実婚関係に関する申立書 ※事実婚の場合に必要です。 ※氏名欄は自署をお願いします。
11	子の出生等を確認できる書類 【助成回数のリセットを行う場合】	◆ 親子健康手帳の「出産の状態」のページの写し (死産の場合は死産届または死産証書もしくは死体検案書等の写し)

7 問い合わせ先 及び 書類郵送先

〒719-1192 総社市中央一丁目1番1号

総社市役所 総社市役所 こども課 生殖補助医療担当者宛

☎0866-92-8261 E-mail: kodomo@city.soja.okayama.jp

総社市ホームページ



○マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。(高額療養費や付加給付の支給対象になる方は、医療保険者からの支給決定を受けたうえで、総社市生殖補助医療費助成金の給付申請を行ってください)。

○高額療養費制度

1 か月以内(1 日から末日)に、医療機関の窓口で支払った医療費の額(自己負担分)が一定の上限額(自己負担限度額(※1))を超えた場合に、申請により加入している医療保険者(※2)から上限を超えた額が「高額療養費」として支給(払い戻し)される制度です。

なお、あらかじめ医療機関受付時に限度額認定証(※3)の提示またはマイナ保険証(※4)を利用することで、医療機関窓口での支払いが上限額までになります(現物給付)。

※高額療養費等の支給を受けるためには、医療保険者への申請が必要な場合や支給決定まで 3～5 か月程度かかる場合があります。

限度額認定証の有効期限にご注意ください。

(※1)自己負担限度額適用区分

R8.7まで

適用区分	対象世帯	1か月の自己負担限度額(上限額)(※5)
ア	年収約 1,160 万円～ 健保:標準報酬月額 83 万円以上 国保:所得 901 万円超	252,600円+(総医療費—842,000 円)×1%
イ	年収約 770 万円～約 1,160 万円 健保:標準報酬月額 53 万円～79 万円 国保:所得 600 万円～901 万円	167,400円+(総医療費—558,000 円)×1%
ウ	年収約 370 万円～約 770 万円 健保:標準報酬月額 28 万円～50 万円 国保:所得 210 万円～600 万円	80,100円+(総医療費—267,000 円)×1%
エ	～年収約 370 万円 健保:標準報酬月額 26 万円以下 国保:所得 210 万円以下	57,600円
オ	住民税非課税世帯	35,400円

(所得とは、旧ただし書きの所得です。)

※自己負担限度額は変動する場合があります。

(総医療費とは、保険適用される医療費の総額(10 割)です。)

(※2)例:国民健康保険、協会けんぽ、お勤め先の健康保険組合、共済組合等

(※3)加入している医療保険へ事前に交付申請が必要です。

(※4)健康保険証として利用できるよう登録したマイナンバーカード

(※5)多数該当にあたる場合、上限額がさらに低くなります。

★令和8年8月から高額療養費制度の上限額が変更します。

「厚生労働省令和 8 年8月から高額療養費制度が見直されます。」→



○付加給付制度

各医療保険者が独自に定める制度であり、支払った医療費の額が、一定の額を超えた場合に、超えた額が医療保険から支給される等の制度です。

※付加給付(名称:一部負担金払戻金、家族療養費付加金など)の有無や要件等は、加入している医療保険へお問い合わせください。