

# 羅臼町不妊治療等助成事業のご案内（先進医療）

羅臼町では、不妊に悩むご夫婦の経済的負担の軽減を図るため、医療保険適用の不妊治療と併せて実施した先進医療に要した費用の一部を助成します。

## ☆対象者（次のすべてに該当する方）

- ・治療を受けた治療期間の初日に妻の年齢が43歳未満である夫婦
- ・夫婦のいずれかが羅臼町内に住所を有する方
- ・婚姻をしている夫婦（事実婚関係にある方も含む）
- ・助成申請時において、医療保険に加入し、町民税等の滞納のない方
- ・同一の治療について、他の市町村等から同様の助成を受けていない方
- ・令和5年4月1日以降に先進治療を開始した方



## ☆助成内容

### 1. 治療費

- ・医療保険適用の不妊治療と併せて実施した先進医療にかかった治療費自己負担額の7割、3万5千円を上限として助成します。※「対象治療となる先進医療」は裏面をご覧ください。
- ・助成回数は、保険診療の回数に準じます。初回助成時の治療開始において40歳未満の女性は1子ごとに6回まで、40歳から43歳未満の女性は1子ごとに3回までです。

<医療保険適用の不妊治療>

医療保険（7割）

自己負担（3割）

<先進医療>

自己負担（10割）

（7割）助成対象

（3割）自己負担

3万5千円を上限に助成

女性の年齢	夫婦への助成回数※
40歳未満	1子ごとに6回まで
43歳未満	1子ごとに3回まで
43歳以上	対象外

※男性への助成を含む

### 2. 交通費

- ・自宅から医療機関までの距離が片道25kmを超える方を対象に、距離に応じて交通費の一部を助成します。  
※詳細は裏面の「距離区分に応じた助成額」をご覧ください。
  - ・1回の治療につき、受診5回分まで助成します。
- ※「助成対象の回数の考え方」は裏面をご覧ください。



## ☆申請の提出期限と必要な書類

- ・原則治療ごとに助成します。治療が終了したら60日以内に羅臼町へ申請してください。
- ・令和5年度に限り、令和5年4月1日以降に治療を開始された方も対象とします。
- ・令和6年3月末に治療が終了した方については、令和6年5月中旬までの申請期限となります。

- ① 羅臼町不妊治療等助成事業申請書（ホームページからダウンロード可能）
- ② 不妊治療費等助成事業受診等証明書（ホームページからダウンロード可能）
- ③ 領収書及び診療明細書（原本）
- ④ 申請者の振込口座のわかるもの（通帳の写し可）
- ⑤ 住民票の写し（発行から3か月以内で、マイナンバーの記載のないもの）  
※ご夫婦が別世帯または事実婚の場合は、両人の提出が必要です。
- ⑥ 戸籍謄本（戸籍全部事項証明）  
※住民票で夫婦関係の証明ができない場合は必要です。  
またご夫婦が別世帯または事実婚の場合は、両人の提出が必要です。
- ⑦ （事実婚関係の場合）事実婚関係に関する申立書（ホームページからダウンロード可能）

申請・お問い合わせ先 羅臼町役場 保健福祉課 ☎0153-87-2161

## ☆対象となる先進治療

- ・先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている、または承認医療機関で実施されたもの
- ・厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため変更となる場合があります

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET 法)            | <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)            |
| <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養        | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(子宮内膜受容期検査)(ERpeak) |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)         | <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)     |
| <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) | <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術(Zymot)       |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)            | <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法                    |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)      | <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査                     |
| <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術                    |  |

(令和5年11月1日現在)

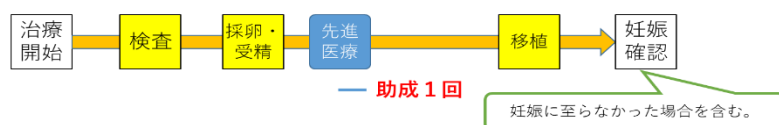
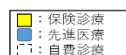
## ☆距離区分に応じた助成額

距離区分	基準額(往復)	助成額 (3分の2乗じた額)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	953円
50kmを超えて75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える	10,180円	6,786円

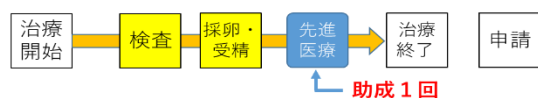
※補助対象経費の実支出額と補助上限単価額と比較して少ないほうの額を基に算出します

## ☆助成対象の回数の考え方

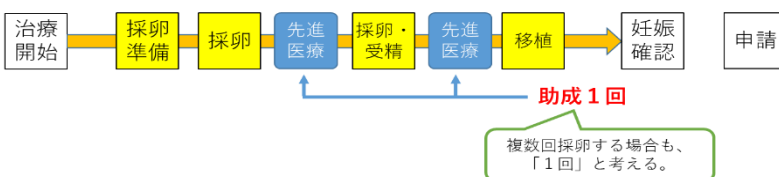
R5.4.1



※治療を終了する(妊娠を諦めてしまった)場合



※移植に至るまで複数回採卵する場合



※保険診療が適用されない場合



☆この事業は北海道不妊治療等助成事業に準じて実施しております。詳細は北海道のホームページをご覧ください。

[https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/hunin\\_josei.html](https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/hunin_josei.html)