

よくある質問（城陽市不妊治療助成）

目次

<制度内容について>	1
Q. 年齢制限はありますか。	1
Q. 所得制限はありますか。	1
Q. 助成金額はどのように計算するのですか。	1
Q. 城陽市の助成制度と京都府の助成制度はどう違うのですか。	2
Q. 回数の制限はありますか。	3
Q. 夫婦ともに保険診療の治療を受け、それぞれで自己負担しています。夫の受診分も助成対象になりますか。	3
Q. 体外受精・顕微授精を受診予定ですが、申請期限や年度の上限額を計算する上で基準日は受診期間のいつになりますか。	4
Q. 医療機関証明書の発行に係る文書料がかかる場合、助成対象になりますか。 ..	4
Q. 医療機関への通院時の交通費は助成対象になりますか。	4
Q. 市や府の助成を受けた後に残った負担を軽減する方法はありませんか。	4
<申請方法について>	5
Q. 領収書は必要ですか。	5
Q. 受診後に保険証が変更になる予定ですが、申請にはどの保険証を持参すればいいですか。	5
Q. 1年分を貯めて申請した方がいいですか。	5
Q. 高額療養費とは何ですか。	5

<制度内容について>

Q. 年齢制限はありますか。

A. 体外受精・顕微授精以外は年齢制限はありません。

体外受精・顕微授精は、1クールの治療開始日において妻の年齢が43歳以上の場合は保険適用を受けられず、また市の助成も受けられません（令和4年4月2日から9月30日までに43歳到達、受診された場合は特例措置あり）。

Q. 所得制限はありますか。

A. ありません。

Q. 助成金額はどのように計算するのですか。

A. 対象となる本人負担金額に4分の3を乗じた金額が助成金額になります（1年度の助成上限額（先進医療なし：9万円、先進医療あり：15万円）を超える場合はその金額まで）。なお、申請期限を超過した受診分や健康保険の高額療養費や付加給付に該当する部分は本人負担金額から控除します（助成対象外）。

（例①）保険適用の体外受精・顕微授精を1クールで同じ月に30万円（10割負担ベース）受診し高額療養費に該当する場合。健康保険の限度額適用認定証あり（区分ウ：限度額80,100円+ α /月）。他に受診・助成なし。

• 医療機関窓口での支払い

30万円×3割負担=9万円 ⇒ 80,430円支払い（健康保険限度額）

• 市不妊治療費助成申請

80,430円×3/4=60,322円助成（助成上限額以内）

（例②）例①の受診を同一年度内に2回実施（受診は別の月）。

• 医療機関窓口での支払い

80,430円支払い（健康保険限度額）×2回=160,860円

• 市不妊治療費助成申請

160,860円×3/4=120,645円 ⇒ 9万円助成（助成上限額）

Q. 城陽市の助成制度と京都府の助成制度はどう違うのですか。

A. 市の助成制度は、主に保険適用の治療（先進医療のみ保険適用外）が対象となります。府の助成制度は、体外受精・顕微授精のうち保険適用外でかつ保険適用の回数超過以降～10回目までの分が対象となります。他に申請方法・時期等が異なりますので、詳しくはお尋ねください。

（市制度と府制度の主な違い）

	城陽市 不妊治療等助成制度	京都府 特定不妊治療費助成制度
対象医療	①保険適用の不妊治療及び保険適用外の先進医療 ・タイミング療法（不妊相談） ・排卵誘発法（内服・注射） ・腹腔鏡手術・その他の手術 ・人工授精 ・体外受精・顕微授精 等 ②保険適用の不育治療	体外受精・顕微授精で、一子あたりの回数が保険適用回数超過～10回目まで
助成内容	自己負担額の3/4を助成（上限額以内） <上限額> 上記① 1年度あたり9万円（先進医療を含む場合は15万円） 上記② 1回の妊娠あたり15万円	自己負担額の10/10を助成（上限額以内） <上限額> 1クールの治療あたり、治療内容が ①A・B・D・E/15万円 ②C・F/7万5千円
申請期限	受診日の翌日から1年以内	受診した年度の3月末（受診が年度末近くの場合は要確認）
申請先	城陽市役所	山城北保健所 （または城陽市役所）

Q. 回数の制限はありますか。

A. 体外受精・顕微授精以外はありません。

体外受精・顕微授精は受診・助成回数により、①保険適用＋市制度助成、②保険適用なし＋府制度助成、③保険適用なし（助成制度なし）と変化します。

＜（例）体外受精・顕微授精を10回（10クール）受診する場合＞

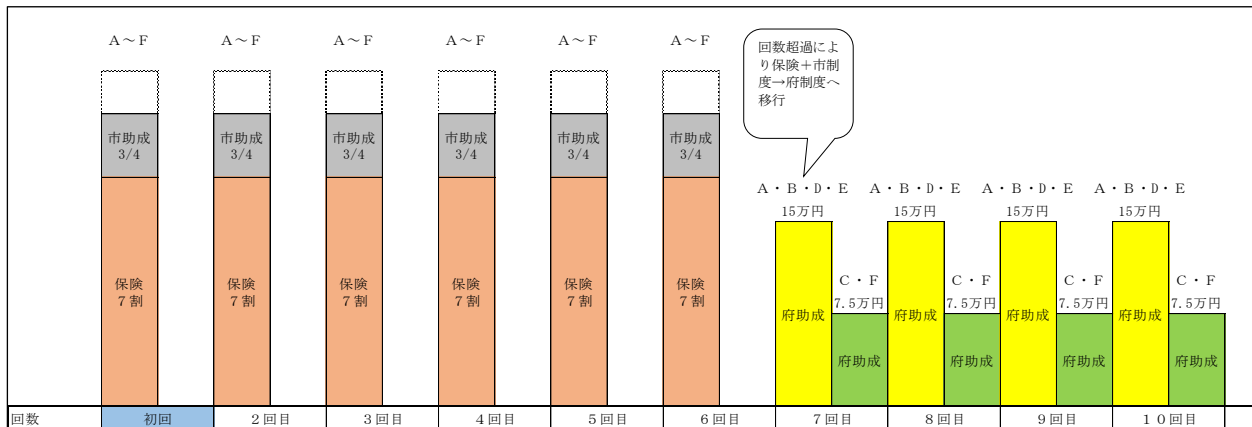
不妊治療開始日等（※） の妻年齢	回数										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11回以上
40歳未満	①	①	①	①	①	①	②	②	②	②	③
40歳以上	①	①	①	②	②	②	②	②	②	②	③

※各クールの初回の日ではなく、1番最初に不妊治療を開始する日。また、子を出産した場合は回数はリセット（1回目から再スタート）。その後の上限回数は出産後初回の受診・助成時点の妻年齢で判断。

※1クールとは、採卵準備のための投薬開始から（以前に胚を凍結している場合は凍結胚移植を行うための投薬開始から）体外受精または顕微授精、胚移植を経て、妊娠判定または医師の判断によりやむを得ず治療を終了する日までの一連の治療を指します。

※上限回数以内でも、各クールの初回日時時点で妻が43歳以上となる場合は保険・助成制度適用外。

＜体外受精・顕微授精助成イメージ（妻が40歳未満で不妊治療開始）＞



※市助成は年度上限額あり

Q. 夫婦ともに保険診療の治療を受け、それぞれで自己負担しています。夫の受診分も助成対象になりますか。

A. 助成要件（不妊治療にかかる保険診療でかつ1年以内の申請等）を満たす場合は夫の受診分も対象となります。なお、助成の上限額は夫婦で合算せず、個別に計算します。

Q. 体外受精・顕微授精を受診予定ですが、申請期限や年度の上限額を計算する上での基準日は受診期間のいつになりますか。

A. 体外受精・顕微授精の場合、保険診療や京都府の特定不妊治療費助成制度では1クールでの管理が行われますが、市の不妊治療等助成制度ではクールに関係なく各受診日単位で判断します（体外受精・顕微授精以外と同様の取り扱い）。

（例）1クールの治療が令和5年3月15日から同年4月15日までの場合（年度を跨ぐ場合）

⇒申請期限はクール中の各受診日単位で1年以内（1年を超過した日のものから対象外となる）。

⇒年度の上限額は各受診日単位で属している年度（4月1日～3月31日）で計算。3月中の受診分は令和4年度分、4月中の受診分は令和5年度分。

※保険適用上の回数制限（3回または6回）は不妊治療を開始した日、年齢制限は1クールの初日が基準日になります。

Q. 医療機関証明書の発行に係る文書料がかかる場合、助成対象になりますか。

A. 助成対象にはなりません。

Q. 医療機関への通院時の交通費は助成対象になりますか。

A. 体外受精・顕微授精や先進医療に係る通院で所定の要件（※）を満たした場合は、京都府の制度で助成対象になる場合があります。

※1クールの治療期間中に、治療のために通院した日の交通費（京都府の規定に基づき計算）の合計が1万円を超える場合、超えた額の1/2を助成。原則3月末までに申請必要。

※元々京都府内でも北部市町村向けに設けられた制度であるため、城陽市にお住いの方は該当する事例は多くはないとされています（特定不妊治療の実施医療機関が京都市内に集中しており、北部市町村から通院する場合は多額の交通費がかかるため）。

Q. 市や府の助成を受けた後に残った負担を軽減する方法はありませんか。

A. 医療費やそれに伴う交通費については、所得税・住民税の申告で医療費控除に使用できる場合があります（助成を受けた部分は除外して申告）。詳しくは税務署・市税務課にお尋ね下さい。

<申請方法について>

Q. 領収書は必要ですか。

A. 先進医療を含む場合は、当面の間、受診状況を確認するため領収書の添付をお願いします。

Q. 受診後に保険証が変更になる予定ですが、申請にはどの保険証を持参すればいいですか。

A. なるべく保険が変更になるまでに申請をお願いします。どうしても保険変更後の申請になる場合は、あらかじめ変更前の保険証の写しをとっておいて下さい（その場合は身分証として現在の保険証や運転免許証も持参をお願いします）。

Q. 1年分を貯めて申請した方がいいですか。

A. 1年分を貯めると申請期限（1年）を超過する可能性が高くなるため、数箇月に一回程度の申請を推奨します。特に体外受精・顕微授精は京都府の制度に該当する場合は申請期限が異なる場合がありますので、余裕をもって申請をお願いします。

Q. 高額療養費とは何ですか。

A. 高額療養費とは、健康保険の制度の一環として保険適用の医療費について一箇月あたりの自己負担限度額を設定し、限度額以上の本人負担が生じないようにする制度です。制度の適用を受ける際は以下の①または②の取り扱いとなります。

①加入している健康保険からあらかじめ限度額適用認定証の交付を受け、医療機関窓口で提示することにより限度額までで請求額がストップする。

②限度額適用認定証なしで受診し、一旦自己負担限度額を超えて負担、後日加入している健康保険から還付を受ける（不妊治療助成の申請時には健康保険の高額療養費支給決定通知をご持参下さい）。

保険の自己負担限度額を超える医療費が発生する場合は、市の不妊治療助成制度を申請する前に①②いずれかの方法により高額療養費の適用を受けておく必要があります（①の場合は認定証を医療機関窓口で提示すれば自動的に適用され、過度の本人負担を行う必要もないため、①を強く推奨します）。

なお、自己負担限度額は所得や世帯構成により変わりますので、詳しくは加入されている健康保険にお尋ねください。