



【 概 要 】

* **一般不妊治療費助成**

- 対象：産婦人科または泌尿器科を標榜する医療機関で一般不妊治療およびその為の検査（不妊検査）を受けた方で下記の条件を満たす方。
 - ① 戸籍上の婚姻関係にあり、夫婦ともにまたは夫婦のいずれか一方が舟形町に住所のある方。
 - ② 健康保険各法に加入する被保険者、組合員または被扶養者である方。
- 助成の額：年度につき、同一夫婦に対し、一般不妊治療および検査に要した費用の本人負担額の合計で、上限5万円。
助成の回数は、年度につき1回で通算3回まで。
- 申請方法：下記、申請書類を提出し申請する。
 - ① 婚姻が証明できるもの ※戸籍謄本
 - ② 舟形町一般不妊治療費助成申請書（様式第1号）
 - ③ 舟形町一般不妊治療等受診証明書（様式第2号）※医療機関に依頼
 - ④ 医療機関が発行した領収書
 - ⑤ （一般）不妊治療費助成請求書※ 治療が終了した翌々月の末日まで、または3月末日まで申請してください。

- 注意！**
- 上記、②申請書（様式第1号）の申請者と振込先口座、⑤請求書の申請者の氏名を同一人で記入して下さい。
 - ⑤請求書は申請者欄のみご記入ください。

交付決定後、交付決定通知書を郵送します。

担当：舟形町 健康福祉課地域保健係
保健師 Tel0233-32-0810（直通）