

岩国市不育症検査治療費の助成金を申請される方へ



岩国市では、医療機関で受けた不育症の検査治療に要した費用のうち、自己負担分を助成しています。医療保険の適用の有無は問いません。

妊娠はするものの、繰り返す流産や死産によって、赤ちゃんを授けられないことを「不育症」と呼んでいます。生化学的妊娠（化学流産）は含みません。

◆ 対象者 ◆

夫又は妻が岩国市内に住民票を有する法律上の婚姻又は事実婚をしている夫婦

◆ 対象となる費用 ◆

- ・医療保険適用、又は適用外の不育症治療費のうち、自己負担分を助成します。
- ・診断のための検査や治療効果を確認するための検査等、治療の一環として実施される検査を含みます。
- ・入院時差額ベッド代、食事代など直接治療に関係のない費用は含みません。
- ・山口県不育症検査費助成事業の対象となる費用は、助成対象となりません。

◆ 助成内容 ◆

1 年度につき 20 万円を上限

◆ 申請期間 ◆（申請は予約制です）

検査治療を受けた日の属する年度の 3 月 31 日まで

※ 期限を過ぎると助成ができませんので、ご注意ください。

なお、3 月に治療を受けた方で、申請期限に間に合わない可能性がある場合は、下記へ事前にご連絡ください。

※ 治療が終了していなくても、自己負担分が 20 万円になった時点で申請可能です。

書類が整い次第、お早めに申請をお願いします。



【お問い合わせ】 こども家庭課 母子保健班（岩国市保健センター内）

〒740-0021 山口県岩国市室の木町 3 丁目 1 番 11 号

電話（0827）29-5099





◆ 申請に必要なもの ◆

申請書類は岩国市ホームページからもダウンロードできます

1	岩国市不育症検査治療費助成金交付申請書	別紙（記入時注意事項）をご確認ください。
2	不育症検査治療費医療機関証明書	別紙（記入時注意事項）と合わせて医療機関へご提出ください。
3	不育症検査治療費調剤証明書	別紙（記入時注意事項）と合わせて薬局へご提出ください。不育症検査治療費助成事業医療機関証明書の領収金額が20万円を超える場合、提出は不要です。
4	領収書等 （治療を受けた医療機関及び薬局発行の領収書・診療明細書の原本）	提出前に「領収書の日付・金額」が医療機関、薬局の証明書と一致するか、確認をお願いします。
5	不育症検査治療費助成金請求書	別紙（記入時注意事項）をご確認ください。
6	相手方登録申出書	
7	不育症検査治療費助成事業同意書	医療機関等証明書の被保険者負担額と領収書が一致しない場合に記入。
該当の方のみ	※事実婚の場合 8 事実婚関係に関する申立書 9 それぞれの戸籍謄本	事実婚であることを証明する書類が必要です。
	※夫婦で住所（世帯）が異なる場合 10 戸籍謄本	夫婦であることを証明する書類が必要です。

◆ 提出先 ◆

問い合わせ・申請窓口	住所	TEL	予約方法
岩国市保健センター（母子保健班）	岩国市室の木町3丁目1-11	(0827) 29-5099	WEB （下記 QR コードから）
岩国市こども家庭センター（市役所 2 階）	岩国市今津町 1 丁目 14-51	(0827) 29-0404	
岩国市由宇保健センター	岩国市由宇町中央1丁目10-11	(0827) 63-3111	電話
岩国市玖珂保健センター	岩国市玖珂町4933-2	(0827) 82-2020	
岩国市周東保健センター	岩国市周東町下久原1208-1	(0827) 84-3580	
岩国市美川保健センター	岩国市美川町四馬神1057	(0827) 76-0220	



〈事前予約のお願い〉

岩国市一般不妊治療費助成金・人工授精治療費助成金・不育症検査治療費助成金

QRコードより事前予約をお願いいたします。



↓ 岩国市保健センター（母子保健班）はこちら



↓ 岩国市こども家庭センター（市役所 2 F）はこちら

