

証明書を記載する医療機関様へ

令和7年度刈谷市不妊治療費等助成事業の概要は下記のとおりです。

【対象者】

次の①～③のすべてを満たす人

- ①不妊治療を受けた日において、住民票が刈谷市にあり、婚姻関係にある人（事実婚を含む）
- ②医療機関において不妊治療が必要と認められた人
- ③助成に係る夫婦が、医療保険各法による被保険者、又は被扶養者

刈谷市一般不妊治療等助成金受診等証明書の記載について

【対象治療】

産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科または皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において受ける
不妊検査、タイミング法、人工授精等の一般不妊治療の保険適用分

【対象期間】

令和7年3月1日以降で、開始日から1年(12か月)間の治療

【申請期限】

治療の最終日から1年を経過した日の属する月の末日まで

※例) 治療の最終日が3月15日の場合、翌年3月末日が申請期限です。

※全ての書類の提出期限です。期限内の作成にご協力いただきますようお願いいたします。

刈谷市生殖補助医療等助成金受診等証明書の記載について

【対象治療】

産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科または皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において受ける
体外受精、顕微授精、男性不妊手術等の生殖補助医療の保険適用分と併せて実施する先進医療に要した費用

【対象期間】

令和7年4月1日以降の治療

1子ごとに、初回の生殖補助医療を開始した妻の年齢が、

40歳未満の場合は6回まで、40歳以上43歳未満の場合は3回まで

【申請期限】

1回の治療の最終日から1年を経過した日の属する月の末日まで

※例) 治療の最終日が3月15日の場合、翌年3月末日が申請期限です。

※全ての書類の提出期限です。期限内の作成にご協力いただきますようお願いいたします。

ご不明点がありましたら、下記までご連絡ください。

連絡先 刈谷市次世代育成部子育て支援課母子保健第2係（保健センター）

電話：0566-23-8877 FAX：0566-26-0505

電子メール：kshien@city.kariya.lg.jp