



海老名市不育症治療費助成事業



海老名市では不育症の治療を受けている夫婦の経済的負担を軽減するため、不育症と診断された方に対し、医療保険が適用されない治療および検査費用の一部を助成しています。

助成を受けることができる方

次の要件をすべて満たしている夫婦が対象です。

1. 治療開始日および申請日時点で、法律上の婚姻をしているまたは事実婚である
2. 申請日時点で、夫婦の両方または一方が海老名市民である
3. 国民健康保険や社会保険等の各種公的医療保険に加入している
4. 市税等を滞納していない
5. 神奈川県を除く他の自治体で助成を受けていない



助成内容

治療期間ごとの不育症治療費（医療保険適用外）の自己負担額の2分の1の額で、

1年度につき **上限 30 万円** を助成します（千円未満切り捨て）。

神奈川県不育症検査費用助成事業の助成金交付を受けた方は、助成額を除いた金額で算定します。

（例）不育症治療・検査費用 285,000 円、県の助成額 50,000 円の場合

$(285,000 \text{ 円} - 50,000 \text{ 円}) \times 1/2 = 117,500 \text{ 円} \cdots 117,000 \text{ 円}$ が市の助成額です。

助成対象となる費用

医療機関で不育症と診断された後に実施した医療保険が適用されない治療および当該治療に係る検査費用

下記のものは助成対象外です。

1. 医療保険適用の治療および検査費用
2. 入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料等の不育症の治療に直接関係ない費用
3. 妊婦健康診査の助成を受けた不育症治療および検査費用
4. 処方箋によらない医薬品等の費用

申請方法などは裏面をご覧ください

申請方法

治療終了後に、次の申請書類を揃えて下記窓口または郵送で申請してください。
郵送の場合は、事前にご連絡ください。

1. 海老名市不育症治療費助成金交付申請書
2. 海老名市不育症治療費助成事業受診等証明書（医療機関へ依頼するもの）
3. 不育症治療費（保険適用外）の領収書および診療報酬明細書の原本
4. 夫婦の公的医療保険の被保険者等であることを証明する書類（健康保険証の写し等）
- ※5. 夫婦の住民票（発行後3か月以内。続柄・筆頭者を表示したもの）
- ※6. 夫婦の戸籍謄（抄）本（発行後3か月以内。住民票で夫婦関係の記載があれば不要）
- ※7. 夫婦の海老名市税の納税状況が確認できる書類
8. 事実婚関係に関する申立書または市のパートナーシップ宣誓書受領証
（事実婚の方のみ必要。ただし、住民票で夫婦関係の記載があれば不要）
9. 神奈川県不育症検査費用助成事業の助成金交付を受けた方は、交付決定通知書の写し
10. 海老名市不育症治療費助成金交付請求書
11. 申請者名義の振込先口座を確認できるもの（通帳など）



※「5. 夫婦の住民票」「6. 夫婦の戸籍謄（抄）本」「7. 夫婦の海老名市税の納税状況が確認できる書類」については、市で内容を確認でき、同意をいただける場合は提出不要です。夫婦の一方が市外在住の場合は、市外の住民票が必要です。

申請から助成金交付の決定・振込まで1か月から2か月半程度かかります。

申請期限

治療終了日または出産日の翌月から6か月以内です。

期限を過ぎると申請の受付ができませんのでご注意ください。

※治療終了日

不育症治療をして、その妊娠に関する出産（流産・死産含む）に伴い治療が終了した日

（例1）治療終了日（出産日）が令和7年4月1日の場合
令和7年10月31日まで

（例2）治療終了日（出産日）が令和7年9月30日の場合
令和8年3月31日まで



事業の詳細や申請
書式のダウンロード
はこちらから

申請・お問い合わせ先

海老名市役所こども育成課（えびなこどもセンター1階）
住所：〒243-0422 海老名市中新田377番地
電話：046-235-7885

