

令和5年度 市町村不妊治療等助成金事業実施状況

(注意事項)

※自治体毎に助成の範囲や要件等が異なる場合がありますので、詳細については各市町村へお問い合わせください。

※「県助成事業との併用」について、県と助成範囲が異なる場合は斜線としております。

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無		年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用			
県北	二本松市	一般不妊治療	医師が必要と認める一般不妊治療	保険適用の有無を問わない	43歳未満	年度内15万円を上限	初回申請に係る治療を開始した日から起算して連続して5年に達するまで				健康増進課保健係	0243-55-5110
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	43歳未満	10万円を上限（採卵を伴わない場合は3万円上限） 男性不妊治療費10万円を上限	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満	3万円を上限	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	なし	採卵の有無問わず3万円を上限、男性不妊治療費3万円を上限	3回	可	県が先			
	伊達市	一般不妊治療	保険適用となる治療 保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用の有無を問わない	43歳未満	6万円	助成額合計が6万円に至るまで				健康推進課	024-576-3510
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用となる治療 保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療） 保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用の有無を問わない	43歳未満	15万円（C、Fは5万） 男性不妊治療 15万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	どちらでもよい	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療は除く		
		不妊症検査	一般不妊、体外受精・顕微授精に関係する検査	保険適用の有無を問わない	43歳未満	治療費と合わせた金額に対し、一般不妊治療または特定不妊治療（生殖補助医療）の助成上限額まで	一般不妊治療または特定不妊治療（生殖補助医療）の助成回数上限に至るまで	可	どちらでもよい	一般不妊治療または特定不妊治療（生殖補助医療）と一緒に申請		

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先	
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後				
県北	本宮市	不妊症検査	県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	検査費を超えない範囲で県の助成額と同額（上限3万円）	県同様	可	県が先	対象：県助成金の交付決定を受けた者	保健課	0243-24-5152	
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	〃	治療費を超えない範囲で県の助成額と同額・上限30万円。採卵を伴わない場合は10万円 ・男性不妊治療費：上限30万円	〃	可	県が先	〃			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	〃	検査費を超えない範囲で県の助成額と同額（上限10万円）	〃	可	県が先	〃			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	〃	治療費を超えない範囲で県の助成額と同額・上限20万円。採卵を伴わない場合は10万円 ・男性不妊治療費：上限20万円	〃	可	県が先	〃			
		不育症検査	子宮形態検査、内分泌検査、夫婦染色体検査、抗脂質抗体、抗凝固因子検査等	保険適用の有無を問わない	なし	一夫婦上限5万円	1回						
		不育症治療	県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	治療費を超えない範囲で県の助成額と同額（上限15万円）	県同様	可	県が先	対象：県助成金の交付決定を受けた者			
	桑折町	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用のみ	43歳未満	10万円	6回				健康福祉課	024-582-1133	
	川俣町	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	43歳未満	県の助成額を超えた額を合算して、上限額10万円	40歳未満 6回 40歳～43歳まで3回	可	県が先		保健福祉課 （健康増進係）	024-566-2111	
		一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	43歳未満		40歳未満 6回 40歳～43歳まで3回						
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用の有無を問わない	43歳未満		40歳未満 6回 40歳～43歳まで3回	可	県が先				
	大玉村	不妊症検査	県要綱と同様	保険適用の有無を問わない	県要綱と同様	県要綱と同様	県要綱と同様	可	県が先		健康福祉課	0243-24-8114	
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	県要綱と同様	保険適用外のみ	県要綱と同様	県要綱と同様 ただし、初回に限り20万円が上限。 また、男性不妊治療は10万円が上限。	県要綱と同様	可	県が先				

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
県中	須賀川市	不妊症検査	医師が必要と認める検査 (一般不妊、体外受精・顕微授精等を問わない)	保険適用の有無を問わない	43歳未満	3万円	1回	可	県が先		健康づくり課	0248-88-8123
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険適用外となる治療 (保険診療と保険適用外の治療を併用する治療)	保険適用外のみ	43歳未満	15万円 (採卵を伴わない場合は5万円)	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	可	県が先			
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満	5万円	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	可	県が先			
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	なし	10万円 (採卵を伴わない場合は5万円)	3回	可	県が先			
	鏡石町	一般不妊治療		保険適用のみ	43歳未満	年度につき100,000円	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回 (保険診療における制限同様)	/	/	県の助成対象外となっている保険適用分の治療のみ助成	健康環境課	0248-62-2115
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)		保険適用のみ	43歳未満	1回の治療につき100,000円	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回 (保険診療における制限同様)	/	/			
	天栄村	不育症治療	ヘパリンを主とする治療	保険適用の有無を問わない	なし	10万円	回数制限なし	可	県が先		健康福祉課	0248-82-3800
	石川町	不育症治療	ヘパリンを主とした不育症治療	保険適用の有無を問わない	なし	10万円	回数制限なし	可	県が先	福島県不育症治療費助成事業の決定を受けた者で、県事業の給付額を控除した額を助成対象費用とする。	保健福祉課 健康増進係	0247-26-8416

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
県中	浅川町	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療	保険適用外のみ	43歳未満	1回の治療につき10万円	1年度につき2回まで通算5年まで	可	県が先		保健福祉課 保健センター	0247-36-4722
	古殿町	その他	不妊症の治療に通院した日数1日につき、5,000円を助成金とし、通算20万円を上限に助成。	保険適用の有無を問わない	なし	1回5,000円	40回	可	どちらでもよい		健康管理センター	0247-53-4038
	三春町	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用のみ	43歳未満	上限10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	/	/		三春町役場 子育て支援課 母子保健グループ	0247-62-0055
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	43歳未満	上限10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先	県の助成決定通知の写しをご提出ください		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満	上限10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先	県の助成決定通知の写しをご提出ください		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	なし	上限10万円	3回	可	県が先	県の助成決定通知の写しをご提出ください		
	不育症治療	ヘパリンを主とする治療	保険適用の有無を問わない	なし	上限10万円	回数制限なし	可	県が先	県の申請書及び証明書、助成決定通知の写しをご提出ください			
	小野町	一般不妊治療		保険適用のみ	治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満	1回の治療につき2万円まで	上限なし	/	/		小野町役場 子育て支援課	0247-72-2212
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用のみ	最初の治療開始の初日の妻の年齢が40歳未満	1回の治療につき15万円まで	6回	/	/			
					最初の治療開始の初日の妻の年齢が40歳以上43歳未満	1回の治療につき15万円まで	3回	/	/			
矢祭町	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用外のみ	43歳未満	15万円 (採卵を伴わない場合は7万5千円)	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先		町民福祉課 健康づくりグループ	0247-46-4581	

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
会津	喜多方市	不妊症検査	医師が必要と認める検査（一般不妊、体外受精・顕微授精等を問わない）（県に準ずる）	保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限1万5千円	1回	可	県が先		保健課	0241-24-5223
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）（県に準ずる）	保険適用外のみ	43歳未満	上限15万円 （採卵を伴わない場合は5万円） （男性不妊治療を行った場合は、上限15万円を上乗せ）	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療（県に準ずる）	保険適用外のみ	43歳未満	上限5万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療（県に準ずる）	保険適用外のみ	なし	上限10万円 （採卵を伴わない場合は5万円） （男性不妊治療を行った場合は、上限10万円を上乗せ）	3回	可	県が先			
	西会津町	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	なし	自己負担相当額	1回	可	県が先		福祉介護課 子育て支援係	0241-45-4332
		一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	なし	保険適用：3万円まで 保険適用外：10万円まで	同一夫婦 通算10回まで	/	/			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用の有無を問わない	なし	保険適用：3万円まで 保険適用外：10万円まで	継続した1回の妊娠期間毎	可	県が先			
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	保険適用：3万円まで 保険適用外：10万円まで	継続した1回の妊娠期間毎	可	県が先			
	磐梯町	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	なし	自己負担に相当する額の全額	回数制限なし	可	県が先		町民課 保健福祉センター	0242 (73) 3101
		一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	なし	継続した1回の治療につき20万円	回数制限なし	/	/			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用の有無を問わない	なし	継続した1回の治療につき20万円	回数制限なし	可	県が先			
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	継続した1回の妊娠期間の治療につき20万円	回数制限なし	可	県が先			

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
会津	会津坂下町	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	43歳未満	2万円	1回	可	県が先	県の助成を受けていることが条件です。	生活課 福祉健康班	0242-93-6169
	金山町	不妊症検査		保険適用のみ	43歳未満	自己負担額を上限とする	制限なし	可	県が先	他の給付がある場合は、当該額を除く。	保健福祉課	0241-54-5135
		一般不妊治療		保険適用のみ	43歳未満	自己負担額を上限とする	制限なし	/	/	他の給付がある場合は、当該額を除く。		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用のみ	43歳未満	自己負担額を上限とする	制限なし	/	/	他の給付がある場合は、当該額を除く。		
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	自己負担額を上限とする	制限なし	可	県が先	県事業が該当した場合の自己負担額を限度として助成する。		
	昭和村	不妊症検査	医師が必要と認める検査	保険適用の有無を問わない	なし	自己負担額 30万円上限（検査と治療を含めて）	制限なし	可	県が先		保健福祉課	0241-57-2645
		一般不妊治療	医師が必要と認める治療（一般不妊、体外受精・顕微授精等を問わない）	保険適用の有無を問わない	なし		制限なし	/	/			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用の有無を問わない	なし		制限なし	可	県が先			

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無		年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用			
南 会 津	下郷町	一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	43歳未満	20万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回				健康福祉課健康係	0241-69-1199
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用の有無を問わない	43歳未満	20万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先	男性不妊治療を含む		
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	20万円	なし	可	県が先	原因治療のための投薬や手術等を含む		
	檜枝岐村	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	43歳未満	治療1回につき30万円を上限	1年度当たり2回を限度とし、通算5年まで	可	県が先		住民課	0241-75-2502
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満			可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	43歳未満			可	県が先			
	只見町	生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	43歳未満	上限10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先		保健福祉課	0241-84-7005
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満	上限10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	県が先			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	なし	上限10万円	3回	可	県が先			
	南会津町	不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	年間上限20万円	制限なし (助成の期間は2年度間まで)	可	どちらでもよい		健康福祉課 (健康増進係)	0241-62-6180
一般不妊治療												

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
相 双	相馬市	一般不妊治療		保険適用外のみ	なし	上限額10万円	1回目の申請の治療開始日における妻の年齢 40 歳未満：6回 40歳以上：3回				保健センター	0244-35-4477
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）		保険適用外のみ	なし	上限額10万円	1回目の申請の治療開始日における妻の年齢 40 歳未満：6回 40歳以上：3回	可	県が先			
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	上限額10万円	1回目の申請の治療開始日における妻の年齢 40 歳未満：6回 40歳以上：3回	可	県が先			
	南相馬市	不妊症検査	医師が必要と認める検査（一般不妊治療前）	保険適用のみ	なし	上限額不妊症検査と一般不妊治療と合わせて10万円	1年間にかかった保険診療の自己負担に対して2年間まで	可	県が先		こども家庭課	0244-24-5218
		一般不妊治療	医師が必要と認める治療	保険適用のみ	なし	上限額不妊症検査と一般不妊治療と合わせて10万円	1年間にかかった保険診療の自己負担に対して2年間まで			妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	医師が必要と認める治療	保険適用のみ	なし （保険適用の年齢等に準ずる）	上限額20万円	1年間にかかった保険診療の自己負担に対して2年間まで			妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	妻の不妊治療と合わせて行った男性不妊治療(精子を採取する手術)	保険適用のみ	なし	上限額10万円	1年間にかかった保険診療の自己負担に対して2年間まで			妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	先進医療	保険適用外のみ	なし （保険適用の年齢等に準ずる）	上限額20万円	1年間にかかった保険診療の自己負担に対して2年間まで	可	県が先	妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	医師が必要と認める治療	保険適用外のみ	なし	上限額1回目30万円 2～6回目15万円	6回	可	県が先	妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	妻の不妊治療と合わせて行った男性不妊治療(精子を採取する手術)	保険適用外のみ	なし	上限額1回目30万円 2～6回目15万円	6回	可	県が先	妊娠に至った場合は回数がりセットされます		
不育症治療	医師が必要と認める治療	保険適用の有無を問わない	なし	上限額15万円	回数制限なし	可	県が先					

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先	
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後				
相 双	広野町	不妊症検査		保険適用のみ	43歳未満	100,000	2回	可	どちらでもよい	不妊症検査・一般不妊治療を合わせて上限10万、回数2回まで	こども家庭課	0240-27-2115	
		一般不妊治療		保険適用のみ	43歳未満	100,000	2回			不妊症検査・一般不妊治療を合わせて上限10万、回数2回まで			
	飯館村	不妊症検査	医師が必要と認める検査（一般不妊、体外受精・顕微授精等を問わない）	保険適用の有無を問わない	43歳未満	県助成上限を超えた額 合算50万/年間 (文章料、室料、食事療養費等を除く)	・県上限額を超えた場合 県助成額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 2回目から補助対象	可	県が先	助成期間：継続する 3年間	健康推進課健康係	0244-42-1638	
					43歳以上								1回目から対象
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用となる治療	保険適用のみ	40歳未満		・保険適用となる一部負担金への助成 6回まで						
					40歳以上43歳未満								
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	40歳未満		・県助成上限額を超えた場合 県助成上限額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 7回目から対象	可	県が先				
					40歳以上43歳未満								・県助成上限額を超えた場合 県助成上限額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 4回目から対象
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療（併用可能な治療）	保険適用外のみ	43歳未満		・保険適用となる一部負担金への助成 1回目から						
					40歳未満								○先進医療への助成 ・県助成上限額を超えた場合 県助成上限額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 7回目から対象
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	40歳以上43歳未満		○先進医療への助成 ・県助成上限額を超えた場合 県助成上限額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 4回目から対象	可	県が先				
					不問								・県助成上限額を超えた場合 県助成上限額を超えた額 ・県上限回数を超えた場合 4回目から対象

方部	市町村名	助成対象となる治療等			対象者	助成内容				備考	担当課	連絡先
		内容	その他の場合の具体的内容	保険適用の有無	年齢制限	助成額	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
	福島県	不妊症検査	医師が必要と認める検査（一般不妊、体外受精・顕微授精等を問わない）	保険適用の有無を問わない	43歳未満	3万円	1回	可	どちらでもよい		子育て支援課	024-521-8205
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険適用外となる治療（保険診療と保険適用外の治療を併用する治療）	保険適用外のみ	43歳未満	30万円 （採卵を伴わない場合は10万円）	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	どちらでもよい			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険診療と併用して実施した先進医療	保険適用外のみ	43歳未満	10万円	40歳未満：6回 40歳以上43歳未満：3回	可	どちらでもよい			
		生殖補助医療（顕微授精、体外受精）	保険で定める回数上限又は妻の年齢上限を超えたことにより保険適用外となる治療	保険適用外のみ	なし	20万円 （採卵を伴わない場合は10万円）	3回	可	どちらでもよい			
		不育症治療	ヘパリンを主とする治療	保険適用の有無を問わない	なし	15万円	回数制限なし	可	どちらでもよい			