

## 令和8年度 市町村不妊治療等助成事業実施状況

(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(円)	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				こども家庭課 母子保健係	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			
		不育症治療	へ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	10万円を上限	回数制限なし	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) 治療に附随して行った不妊症検査	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				健幸づくり課	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 治療に附随して行った不妊症検査	保険適用の有無を問わない	43歳未満	15万円(C、Fは5万円) 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		
	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5万円)	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	〃		

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
県北	桑折町	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	〃	母子保健係	024-582-1133
		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(ただし県の助成を受けた場合は自己負担額から決定額を差し引いた額で5万円を上限とする)	1回	可	県が先	対象:県の助成に該当する場合は県助成金の交付決定を受けた者		
		不育症治療	県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	治療費の自己負担額から県の助成額を差し引いた額で、15万円を限度とする。	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	10万円を上限	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回				健康福祉課	024-582-1133
	国見町	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	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	対象:県助成金の交付決定を受けた者	福祉課 子育て支援係	024-585-2179
		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また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	10万円を上限	3回	可	県が先	〃		
		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	10万円を上限	1回	可	県が先	〃		
	県北	川俣町	不妊症検査	県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	県の助成額を超えた額を合算して、上限額-20万円	可	県が先	県助成金の交付決定を受けた者	保健福祉課 健康増進係	024-566-2111
			生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	県同様	保険適用外のみ	県同様		可	県が先	〃		
不育症検査			県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	県の助成額を超えた額、上限額 5万円	可	県が先	〃			
不育症治療			県同様	保険適用の有無を問わない	県同様	県の助成額を超えた額、上限額 15万円	可	県が先	〃			
		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	可	県が先	県助成金の交付決定を受けた者			

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
	大玉村	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	〃	保健課保健係	0243-24-8114
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		健康推進課	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	タイミング法、人工授精及び不妊治療の一環として医師が必要と認めた投薬	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)	可	県が先	県助成事業と一部重複する検査内容がある場合は、県助成事業を先に申請とする。	健康環境課	0248-62-2115
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	体外受精、顕微授精及びそれに付随して行われる男性不妊治療	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)	可		採卵・採精から胚移植までを1回の治療とする。		
	天栄村	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	1回の妊娠期間の治療につき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。	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 こども家庭係	0247-26-9141
		一般不妊治療	タイミング法及び人工授精	保険適用の有無を問わない	43歳未満	各年度につき10万円を上限	助成回数の制限無し。初回申請年度より2年間。	可	県が先			
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	体外受精、顕微授精及びそれに付随して行われる男性不妊治療	保険適用の有無を問わない	43歳未満	1回につき10万円を上限	(1)保険診療で行った場合・保険診療と保険外診療を併用して自費診療になった場合は、①40歳未満は通算6回まで②40歳以上43歳未満は通算3回まで。 (2)保険診療の回数を超え、自費診療になった場合は通算3回まで。	可	県が先			
		不妊症検査		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				

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(円)	助成回数	県助成事業との併用			
県中	玉川村	一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限額20万円	40歳未満 6回 40歳～43歳まで3回	/	/		健康福祉課 (健康推進係)	0247-37-1024
		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			
	平田村	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	43歳未満	1年度25万円	年度内の制限はなし。 通算は5年が上限	可	県が先		健康福祉課	0247-55-3119
		一般不妊治療								可		
	浅川町	不妊症検査	一般不妊、体外受精・顕微授精に関する検査	保険適用の有無を問わない	43歳未満	医師の指示に基づいた不妊検査及び不妊治療に要した費用の自己負担分について、一年度につき250,000円を上限(助成除外の経費あり。)	制限なし	可	県が先		保健福祉課 保健センター	0247-36-4722
		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							
		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							
		不育症治療	へ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		
	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 子育て支援グループ	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	へ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)			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	/	/				

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(円)	助成回数	県助成事業との併用			
		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歳以上43歳未満	1回の治療につき15万円まで	3回					
県南	白河市	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	上限3万円	1回	可	県が先		子ども支援課	0248-28-5523
		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15万円 (採卵を伴わない場合は上限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	上限10万円 (採卵を伴わない場合は上限5万円)	3回	可	県が先			
		その他	上記生殖補助医療の通院に係る助成	保険適用の有無を問わない		通院先医療機関所在地と通院1回あたりの助成額 福島県内、栃木県 2千円 茨城県 3千円 宮城県、山形県、新潟県 4千円 東京都、その他 5千円	15回		県が先			
	西郷村	一般不妊治療	医師から治療が必要と診断され、治療を受けた方。	保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限15万円	初回申請に係る治療を開始した日の属する月から5年間			県助成及び他の給付がある場合は、それらを除いた額を助成。	子ども未来課 子ども家庭センター	0248-25-0001
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	医師から治療が必要と診断され、治療を受けた方。	保険適用の有無を問わない	43歳未満	1回15万円まで	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	可	県が先	県助成及び他の給付がある場合は、それらを除いた額を助成。		
	泉崎村	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	3万円	1回	可	県が先		子ども支援課	0248-21-5561
		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	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	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	20万円 (採卵を伴わない場合は10万円)	3回	可	県が先			
	中島村	不妊症検査		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助成額が上限	県同様	可	県が先	県助成金の交付決定を受けた方が対象	保健福祉課	0248-52-2174
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)		保険適用外のみ	県同様	治療費を超えない範囲で県助成額が上限	県同様	可	県が先	県助成金の交付決定を受けた方が対象		
			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		

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
県南	棚倉町	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	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	健康福祉課 (保健福祉センター内)	0247-33-7801	
		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			
	矢祭町	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	町民福祉課 健康づくりグループ	0247-46-4581	
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険適用外となる治療(保健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			
			保険診療と併用して実施した先進医療		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			
			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		なし	10万円 (採卵を伴わない場合は5万円)	3回	可	県が先			
	塙町	不妊症検査	医師が必要と認めた検査(保険適応、適応外問わない)	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	健康福祉課	0274-43-2115	
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険適応外となる治療(保険診療と保険適応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)	保険診療の治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)	保険適応の要件となる回数又は年齢条件を超えたことにより保険適応外となる治療	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			
	鮫川村	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	上限5万円	1回	可	県が先	※助成額変更の要綱改正中	住民福祉課	0247-49-3112
		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30万円 (採卵を伴わない場合は上限10万円) 男性不妊治療を行った場合は上限30万円上乗せ	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	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20万円 (採卵を伴わない場合は上限10万円)	3回	可	県が先			
		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	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	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(円)	助成回数	県助成事業との併用			
会津	会津若松市	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		健康増進課	0242-39-1245
		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	3回	可	県が先			
	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2万5千円	1回	可	県が先		保健課	0241-23-5834
		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			
	北塩原村	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	なし	5万円	1回	可	県が先	県助成及び他の給付がある場合は、それらを除いた額を助成。	保健福祉課 保健係	0241-28-3733
		一般不妊治療		保険適用の有無を問わない	なし	30万円	1年度につき上限額内であれば回数制限なし	/	/			
		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			可	県が先			
		不育症検査		保険適用の有無を問わない	なし	6万円	1回	可	県が先			
		不育症治療		保険適用の有無を問わない	なし	15万円	1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	回数制限なし	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	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			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				
		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			

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
会津	磐梯町	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				町民課 保健福祉センター	0242 (73) 3101
		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			
	猪苗代町	不妊症検査	医師が必要と認める検査(県に準ずる)	保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限5万円	1回	可	県が先		保健福祉課	0242-62-2115
		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30万円 ※採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限10万円 ※男性不妊治療を行った場合は上限30万円を上乗せ	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(県に準ずる)	保険適用外のみ	なし	上限20万円 ※採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限10万円 ※男性不妊治療を行った場合は上限20万円を上乗せ	3回	可	県が先			
	会津坂下町	不妊症検査	県の助成額(5万円)を除いた額について、2万円を上限に助成	保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限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。	子ども課 こども家庭係	0242-84-3712
	湯川村	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	県助成金の2分の1 (ただし、対象となる不妊治療に要した費用から県助成金を控除した額を上限とする。)	県要綱と同様	可	県が先		住民課 保健センター	0241-27-3110
		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	県助成金の2分の1 (ただし、対象となる不妊症検査に要した費用から県助成金を控除した額を上限とする。)	県要綱と同様	可	県が先		住民課 保健センター	0241-27-3110
	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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
	会津美里町	不妊症検査		保険適用の有無を問わない	43歳未満	上限2万円	1回	可	県が先	県の不妊症検査費助成を受けた者で、県の助成額を控除した額を助成する。	健康ふくし課 こども家庭支援係	0242-55-1145
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	上限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	上限20万円	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満: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20万円	1回の妊娠期間毎	可	県が先	-		
	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				
	只見町	生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険診療となる治療	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	不可			保健福祉課	0241-84-7005
		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			
		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	不妊症検査	保険適応となる治療	保険適用のみ	なし	年間上限20万円	制限なし (助成の期間は2年度間までとするが、治療により出産に至った夫婦が再び治療を受ける場合は、限度額及び期間をリセットすることができる)	可	どちらでもよい		健康福祉課 (子育て支援係)	0241-62-6170	
	一般不妊治療	保険適応となる治療										
	生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険適応となる治療										
	不育症治療	保険適応となる治療や検査 保険適応外の治療や検査	保険適用の有無を問わない									
相馬市	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15万円 *採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限5万円 *男性不妊治療(保険適用外)実施の場合上限15万円上乗せ	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	可	県が先		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5万円	40歳未満:6回 40歳以上43歳未満:3回	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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
相双		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 *採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限5万円 *男性不妊治療(保険適用外)実施の場合上限10万円上乗せ	3回	可	県が先			
		不育症治療	へ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	上限額10万円	回数制限なし	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			
		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リセットされます		
		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	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リセットされます		
		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リセットされます		
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	保険適用治療に合わせて実施した先進医療	保険適用外のみ	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リセットされます	こども家庭課	0244-24-5218
		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リセットされます		
		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リセットされます		
		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			
	その他	生殖補助医療通院にかかる交通費	保険適用の有無を問わない	なし	医療機関所在地に応じた額	1回の治療につき上限8回			1回の治療とは、採卵準備のための薬品投与開始から、妊娠の確定等に至るまでの生殖補助医療実施の一連の過程			
		不妊症検査	医師が必要と認める検査	保険適用のみ	なし	一般不妊治療併せて上限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回を限度	可	県が先		こども家庭課	0240-27-2115
		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	不妊症検査と併せて上限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回を限度			妊娠に至った場合は回数リセット		
		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	保険適用の年齢等に準ずる	上限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回を限度			妊娠に至った場合は回数リセット		

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後				
	広野町	生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	妻の不妊治療と併せて行った男性不妊治療	保険適用のみ	なし	上限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回を限度			妊娠に至った場合は回数をリセット			
		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	保険適用の年齢等に準ずる	上限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をリセット			
		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をリセット			
		生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	妻の不妊治療と併せて行った男性不妊治療	保険適用外のみ	なし	上限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をリセット			
		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15万円	回数制限なし	可	県が先				
	川内村	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		保健福祉課	0240-38-2941	
	相双	飯舘村	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		・保険適用となる一部負担金への助成 3回まで					
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		可	県が先				
				保険適用のみ	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							

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
		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	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	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	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			
		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	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	可	県が先			
	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	上限5万円	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	上限30万円 *採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限10万円 *男性不妊治療(保険適用外)実施の場合上限30万円上乗せ	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	上限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20万円 *採卵を伴わない又は卵が得られなかった場合は上限10万円 *男性不妊治療(保険適用外)実施の場合上限20万円上乗せ	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			
		不育症検査	流産検体を用いた遺伝子検査 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査	保険適用の有無を問わない	既往流産死産回数が2回以上	一回の検査に係る費用の7割に相当する額、6万円を上限	なし	可	どちらでもよい			
	福島市	不育症検査	先進医療として告示されている不育症検査を承認を受けた医療機関で実施した場合	保険適用外のみ	なし	一回の検査に係る費用の7割に相当する額(千円未満の端数は切り捨て)	回数制限なし	可	どちらでもよい	福島市 こども家庭課	024-525-7671	

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(円)	助成回数	県助成事業との併用	県助成事業との前後			
	郡山市	生殖補助医療(顕微授精、体外受精)	遠方で生殖補助医療を受ける際の1回の治療につき交通費を最大8回助成する。	保険適用の有無を問わない	なし	福島市 1000 会津若松市 1000 いわき市 2000 宮城県 3000 山側県 3000 新潟県 3000 茨城県 5000 栃木県 1000 東京都その他 6000 × 受診回数(最大8回まで)	回数制限なし	可	どちらでもよい		郡山市 子育て 家庭課 母子保健係	024-924-3691