



特定不妊治療費を助成します



少子化対策の一環として、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図ることを目的に、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に要する費用の一部を助成します。

〈対象者〉 次の要件をすべて満たす方

- ①北海道特定不妊治療費助成事業の助成が決定している方
- ②夫婦または夫婦のいずれかが町内に住所を有する方
- ③夫婦ともに町税等に滞納がない方

〈助成額・回数〉 特定不妊治療に要した自己負担額から、北海道から受けた助成額を差し引いた額について助成します。

- ・ 1回の治療につき10万円を上限に助成
- ・ 助成回数は、北海道特定不妊治療費助成事業で定められた回数とします。
(初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢が40歳未満の場合6回、40歳以上43歳未満の場合3回)

〈必要な書類等〉 ①北海道特定不妊治療助成事業の助成決定指令書の写し

- ②特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 - ③医療機関が発行した領収書
 - ④夫婦の住民票
 - ⑤(夫婦のいずれかが町外に住所を有する場合)
他市町村での市町村民税等の滞納がないことを確認できる書類(納税証明書等)
 - ⑥印鑑
 - ⑦振込口座の番号、名義人がわかるもの
- ※②～④は、北海道の助成事業申請時に添付した書類の写しでかまいません。

〈申請窓口〉 日高町役場 健康増進課、日高総合支所 地域住民課、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所

〈お問い合わせ先〉 日高町役場 健康増進課 健康増進グループ 電話 01456-2-6571
日高総合支所 地域住民課 健康・介護グループ 電話 01457-6-3173



【国民健康保険・後期高齢者医療】

新型コロナウイルス感染症に関する「傷病手当金」制度について

日高町国民健康保険及び後期高齢者医療制度に加入している方で、新型コロナウイルス感染症に感染し、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより会社等を休み、事業主から給与等が受けられない場合に、傷病手当金が支給されます。

※申請には医療機関や事業主からの証明が必要となります。申請を希望される場合は、事前に電話でご相談ください。

【対象者】

以下のすべての条件を満たす方

- ① 日高町国民健康保険又は、後期高齢者医療制度に加入している方
- ② 給与の支払いを受けている方
- ③ 新型コロナウイルス感染症に感染した方、又は感染が疑われる方で、療養のため労務に服することができない方

【支給対象となる日】

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から、労務に服することができなかった期間の内、労務に就くことを予定していた日

【支給額】

直近の継続した3カ月間の
給与収入の合計額 \div 就労日数 \times 2/3 \times 支給対象日数

※ただし、1日当たりの支給額に上限があります

【申請書類】

(1) 国民健康保険

- ① 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用・被保険者記入用）
- ② 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）
- ③ 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

(2) 後期高齢者医療

- ① 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①・②）
- ② 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用③）
- ③ 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用④）

申請される際には、上記のほか、

- (1) 公的機関が交付した顔写真付きの身分証明書
- (2) 被保険者証
- (3) 印鑑
- (4) 世帯主の口座

がわかるものが必要となります。

【お問い合わせ先】 日高町役場 保険年金課 01456-2-6561