



福県医発第1492号(地)

平成15年11月14日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関原 敬次郎



大分県における不妊治療費助成事業の実施について

晩秋の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび標記の件につきまして、別添の通り実施する旨通知がありましたので、お知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴管内各関係医療機関等において、当該事業給付申請者より別紙様式による医療実施証明書の記載依頼がありましたら、特段のご配慮をいただくとともに、周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

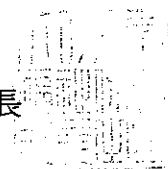
なお、記載等につきましてご不明な点がある場合は、大分県健康対策課母子保健係(TEL 097-536-1111 内線2672)へお尋ねくださいますようお願いいたします。



健 対 第 1 2 6 5 号
平成15年11月10日

各都道府県医師会長 殿

大分県福祉保健部長



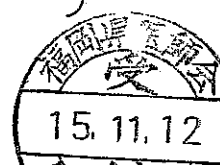
不妊治療費助成事業の実施について

大分県の母子保健事業の推進のつきましては、格別の御協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、大分県におきましては、標記事業について、平成15年8月以降の治療を対象に11月から別紙のとおり実施することとしました。

つきましては、貴管内不妊治療実施医療機関において、当該事業給付申請者より別紙様式による医療実施証明書の記載依頼がありましたら、証明をお願いいたします。

担当 健康対策課 母子保健係
TEL 097-536-1111 内線 2672
FAX 097-534-9131



第2号様式（第6条関係）

医 療 実 施 証 明 書

下記の者については、不妊治療が必要であり、次のとおり医療保険適用外の治療（配偶者間の治療）を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所 在 地
名 称
氏 名

印

患者氏名（姓・名）	夫	(年 月 日)	妻	(年 月 日)
治 療 種 別	治療に要した期間		医療保険適用外負担額	備 考
人 工 授 精	年 月 日～ 年 月 日		円	
体外受精・胚移植	年 月 日～ 年 月 日		円	
配偶子卵管内移植	年 月 日～ 年 月 日		円	
顕微授精・胚移植	年 月 日～ 年 月 日		円	
その他()	年 月 日～ 年 月 日		円	
医療保険適用外負担額合計			円	
社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づいた登録医療機関としての登録の有無 （該当する項目に○をしてください。）			1. 体外受精・胚移植及び GIFT	
			2. 顕微授精	
			3. ヒト胚及び卵の凍結保存と移植	
			4. 登録なし	
※院外処方による投薬がある場合は、下欄も記入してください。				
投 薬 内 容				

- 注1 助成対象となる不妊治療費等は、治療費、検査料、直接治療に必要な凍結保存料です。（入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除きます。）
- 2 人工授精、男性不妊治療以外の治療等に関しては、社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づく登録医療機関で行うものが助成対象となります。
- 3 治療に要した期間及び医療保険適用外負担額の証明は、年度をまたがらないよう記入して下さい。（申請は年度単位。ただし、申請回数に制限はありません。）

大分県不妊治療費助成事業の概要

1 助成対象者

- ・申請日現在、不妊治療を受けたことがある者で、かつ夫婦であって、少なくともその一方が大分県内の住民基本台帳又は外国人登録原票に登録後1年以上県内に住所を有する者とする。但し、夫婦ともに中核市の大分市に居住する者を除く。
(別居の場合で助成対象者にならないケースがあります。)
- ・夫婦とは戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書により婚姻が確認できる者をいう。

2 助成対象治療

- ・人工授精、体外受精、顕微授精等の医療保険適用外の不妊治療費等（配偶者間の治療に限る。）とする。
- ・人工授精、男性不妊治療以外の治療については、(社)日本産科婦人科学会の会告に基づき登録している医療機関で行った治療とする。
- ・不妊治療費等とは不妊治療に係る治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料をいう。但し、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は含まない。
- ・15年度においては平成15年8月1日以降に受けた治療とする。
(年度とは4月1日から翌年3月31日までを言います。)

3 助成額及び助成期間

- ・一組の夫婦に対して1年度10万円を限度とする。
- ・一組の夫婦に対する助成期間は連続する2年度とする。

4 給付申請

- ・大分県不妊治療費等助成金給付申請書に必要書類を添えて提出する。
(必要書類) ①医療実施証明書、②薬剤内訳証明書（必要により）、③戸籍謄本・住民票の写し又は外国人登録原票記載事項証明書、④市町村との連絡・確認に係る同意書、⑤県外居住についての申立書（必要により）、⑥その他戸籍の附票の写し等（必要により）
(医療実施証明書等の証明・戸籍謄本等に関わる費用は助成対象となりません。)

5 申請期間

- ・給付申請期間は不妊治療を受けた日の属する年度の末日までとする。但し、3月1日から3月31日までの間に治療を受けた場合は、翌年度の4月末日までに申請することができる。
(但し書きによる場合、「翌年度」に受けた治療（2年度目の治療）は助成を受けられなくなり翌々年度の治療が助成対象になったり、減額されたりします。)

6 助成金の請求

- ・助成金給付決定書の送付を受けた者は、大分県不妊治療費等助成金請求書により助成金の請求を行う。

7 給付申請書等の諸用紙の交付・申請・助成金請求の窓口、問い合わせ先

- ・在住市町村を所轄する県保健所（裏面参照）

保健所名	所在地	電話番号	管轄する市町村
国 東 保 健 所	〒873-0504 東国東郡国東町大字安国寺786-1	(0978)72-1127	国見町、姫島村、国東町、武蔵町、安岐町
中 央 保 健 所	〒874-0840 別府市大字鶴見字下田井14-1	(0977)67-2511	別府市
中 央 保 健 所	〒879-1506 速見郡日出町字仁王山3531-24	(0977)72-2918	杵築市、日出町、山香町
中 央 保 健 所	〒879-5421 大分郡庄内町大字柿原337-2	(097)582-0660	野津原町、挾間町、庄内町、湯布院町
臼 杵 保 健 所	〒875-0041 臼杵市大字臼杵字州崎72-34	(0972)62-9171	臼杵市、津久見市、佐賀関町
佐 伯 保 健 所	〒876-0844 佐伯市向島1-4-1	(0972)22-0562	佐伯市、上浦町、弥生町、本匠村、宇目町、直川村、鶴見町、米水津村、蒲江町
三 重 保 健 所	〒879-7131 大野郡三重町大字市場934-2	(0974)22-0162	野津町、三重町、清川村、緒方町、朝地町、大野町、千歳村、犬飼町
竹 田 保 健 所	〒878-0026 竹田市大字飛田川字山手1690-2	(0974)63-2187	竹田市、荻町、久住町、直入町
日 田 玖 珠 保 健 所	〒877-0025 日田市田島2-2-5	(0973)23-3133	日田市、前津江村、中津江村、上津江村、大山町、天瀬町
日 田 玖 珠 保 健 所	〒879-4413 玖珠郡玖珠町大字塚脇113-2	(09737)2-1150	九重町、玖珠町
中 津 保 健 所	〒871-0024 中津市中央町1-10-42	(0979)22-2210	中津市、三光村、本耶馬溪町、耶馬溪町、山国町
宇 佐 高 田 保 健 所	〒879-0454 宇佐市大字法鏡寺235-1	(0978)32-1350	宇佐市、院内町、安心院町
宇 佐 高 田 保 健 所	〒879-0617 豊後高田市大字高田39	(0978)22-3165	豊後高田市、大田村、真玉町、香々地町