

福岡県医発第513号(地)

平成16年 6月11日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康 弘



福岡県不妊治療等支援事業について(お願い)

梅雨の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、標記の件につきまして、福岡県(北九州市、福岡市を除く)では不妊治療を希望しているにもかかわらず経済的負担感を感じている夫婦に対し、費用の一部を助成することにより、不妊治療を受けやすくし、もって、不妊の悩みに対する支援の一助とすることを目的として、別紙実施要綱により実施されます。

つきましては、本事業の円滑な推進を図るため貴会におかれましても関係各位に周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂



福岡県不妊治療費助成事業実施要綱

(目 的)

第1条 不妊治療を希望しているにもかかわらず、経済的負担感を感じている夫婦に対し、費用の一部を助成することにより、不妊治療を受けやすくし、もって、不妊の悩みに対する支援の一助とする。

(実施方法)

第2条 この事業は、県（北九州市、福岡市を除く）が実施主体となり、第4条に規定する不妊治療費を医療機関に支払った者の申請に基づき、第5条の規定により算定された金額を助成することにより実施する。

(助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は、戸籍法（昭和22年法律第224号）第74条の規定による届出を行った夫婦、又は外国人登録法（昭和27年法律第125号）第4条1項の規定による外国人登録原票に登録されている者で、次の各号のすべてに該当するものとする。

- (1) 夫及び妻が、福岡県内（北九州市、福岡市を除く）に1年以上居住しているもの。
- (2) 体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと医師に診断されたもの。

なお、以下に掲げる治療法は助成の対象としない。

- ① 夫婦以外の第三者からの精子、卵子、胚の提供による不妊治療。
 - ② 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの。）
 - ③ 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの。）
- (3) 夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計金額が650万円未満であるもの。
- 2 前項(3)の所得の範囲については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条の例による。
- 3 前項(3)の所得額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条の例による。

(助成対象とする不妊治療費並びに医療機関)

第4条 この事業で助成対象とする不妊治療費（以下、「助成対象治療費」という。）は、配偶者間で行う医療保険が適用されない次の各号に掲げるいずれかの治療に要した費用とする。ただし、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除く。

- (1) 体外受精・胚移植
- (2) 顕微授精・胚移植

ただし、新鮮胚（卵）を用いる場合に限る。

- 2 助成対象となる不妊治療を行う医療機関は、社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づき登録を行った医療機関のうち知事が実施医療機関として適当と認め指定した医療機関（以下、「指定医療機関」という。）である。

（助成金の額及び助成期間）

第5条 この事業により助成する金額（以下、「助成金」という。）の上限は、1年度あたり当該夫婦が医療機関に支払った助成対象治療費の総額に2分の1を乗じて得た額と10万円を比較して少ない方の額とする。

なお、助成対象治療費は、指定医療機関が発行する不妊治療費助成事業受診等証明書（様式2号）等をもって確認するものとする。

- 2 当該夫婦に対する助成期間は、最初に申請を受理した日の属する年度から継続して2年度とする。ただし、医療機関への支払いが当該助成期間外に行われたもの又は最初に申請を受理した日の属する年度から起算して2年度を経過した後に助成申請がされたものについては、助成しないものとする。
- 3 2年度目の申請者にあつては、3月1日から3月31日までに医療機関への支払いが行われた助成対象治療費については、翌年度の4月30日までに申請されたものについて助成対象とする。

（不妊治療費助成申請）

第6条 助成を受けようとする夫婦（以下、「申請者」という。）は、次の各号に定めるところにより、申請をするものとする。

- （1）原則として、治療が終了した日の属する年度内に申請する。
- （2）申請者は、不妊治療費助成事業申請書（様式1号）（以下、「申請書」という。）に、必要な書類を添えて、居住地を管轄する保健福祉環境事務所長（大牟田市にあつては保健所長）（以下「保健福祉環境事務所長等」という。）に申請するものとする。
- （3）保健福祉環境事務所長等は、（2）に掲げる書類を受理したときは、速やかにその内容を審査し、第3条及び第4条の規定による助成対象者であることを確認のうえ、福岡県児童家庭課長に進達するものとする。

（助成の決定）

第7条 知事は申請書等を審査し、不妊治療費の助成を承認したときは、承認決定通知書により、速やかに保健福祉環境事務所長等を経由して申請者に通知するものとする。

- 2 審査の結果、不妊治療費の助成を承認しないことを決定したときは、不承認決定通知書により、速やかに保健福祉環境事務所長等を経由して申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第8条 知事は承認決定後、申請者に対して、口座振込みの方法により助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第9条 知事は、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

(助成台帳)

第10条 知事及び保健福祉環境事務所等の長は、助成の状況を明確にするため、不妊治療費助成台帳（様式1号、様式3号）を備え付けるものとする。

(広報活動等)

第11条 知事及び保健福祉環境事務所等の長は、事業の実施にあたり、医師会、市町村
その他関係機関等への周知を図るとともに十分な連携に努め、本事業の実施について協
力を求めるものとする。また、対象者への積極的な広報活動に努めるものとする。

2 事業実施の関係者は、助成を受けようとする申請者が、安心して助成に関する相談が
受けられるようプライバシーの保護に配慮するものとする。

第12条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成16年6月1日から施行し、平成16年4月1日から適用する。

不妊治療費助成事業申請書

受給者番号						
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日		
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住 所 (*1)	〒			電話 ()		
住 所 (*2)	〒			電話 ()		
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2年度目)		備考

上記のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 夫 _____ 印 妻 _____ 印

(夫及び妻が自署及び押印)

福 岡 県 知 事 殿

注)

*1: 夫婦の住所を記入する。

*2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等の理由で、夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

3: 受給者番号の枠内は未記入のこと。

(添付書類)

- 1 福岡県不妊治療費助成事業受診等証明書
- 2 戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書
- 3 住民票謄本
- 4 夫及び妻の所得証明書（市町村発行）
- 5 指定医療機関発行の当該治療に係る領収書

保健福祉環境事務所等
受付印

不妊治療費助成事業申請書

受給者番号							
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日			
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
住 所 (* 1)	〒 電話 ()						
住 所 (* 2)	〒 電話 ()						
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2 年度目)		備 考	

上記のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 夫 _____ 印 妻 _____ 印

(夫及び妻が自署及び押印)

福 岡 県 知 事 殿

児童家庭課受付印

不妊治療費助成事業台帳

受給者番号							
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日			
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
住 所 (* 1)	〒 電話 ()						
住 所 (* 2)	〒 電話 ()						
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2 年度目)		備考	

申 請 書 受理年月日	医 療 保 険 適 用 外 自 己 負 担 額	承認・不承認 (年 月 日)	助 成 額	指定 医療機関名	治療期間
					開始 ----- 終了
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		----- .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		----- .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		----- .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		----- .

受給者番号

--	--	--	--	--	--

下記の者については、体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医記入）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日
体外受精または顕微授精を必要とする理由				
治療内容				
※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。				
不妊治療種別	治療に要した期間		医療保険適用外 の自己負担額	備 考
体外受精・胚移植	平成	年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	
顕微授精・胚移植	平成	年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	
医療保険適用外の自己負担額合計 (入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除いた金額)			円	
社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づく 登録医療機関としての該当治療項目に○を つけてください。			上記治療内容の一部を他の医療 機関に依頼した場合は、その医 療機関名を記入してください。 (注1、2)	
1 体外受精・胚移植 2 顕微授精・胚移植				

注2) 自己負担額が20万円未満かつ該当の医療機関がある場合のみ、別途受診等証明書(様式2号の2)を必要とします。

様式 2 号の 2 (第 4 条関係)

--	--	--	--	--	--

下記の者については、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施するにあたり、指定医療機関の依頼を受け実施した治療に係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医記入）

治療の依頼を受けた 指定医療機関名					
(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
治療内容					
不妊治療種別		治療に要した期間		医療保険適用外 の自己負担額	備 考
体外受精・胚移植 に係る治療	平成 年 月 日から			円	
	平成 年 月 日まで				
顕微授精・胚移植 に係る治療	平成 年 月 日から			円	
	平成 年 月 日まで				
医療保険適用外の自己負担額合計 (入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除いた金額)				円	

福岡県不妊専門相談センター事業実施要綱

(目 的)

第1条 不妊に悩む夫婦又は不妊治療を求める夫婦に対して、不妊に関する医学的な相談や多様な心の悩みの相談に応じ、精神的なサポートを行うことで、心の悩みを軽減する。

(実施主体)

第2条 福岡県

(設置場所)

第3条 宗像保健福祉環境事務所、鞍手保健福祉環境事務所、久留米保健福祉環境事務所の3事務所に不妊専門相談センターを設置する。

(対象者)

第4条 福岡県（北九州市、福岡市を除く）に住所を有する、不妊に悩む夫婦または不妊治療を求める夫婦等を対象とする。

(事業内容)

第5条

1 相談事業

(1) 実施担当者

不妊治療に関する専門的知識を有する医師、助産師等により実施する。

(2) 実施方法

① 医師、助産師等による面接相談 （毎月1回、予約制）

② 不妊相談専用電話による電話相談

(3) 事業推進上の留意事項

実施場所としては、相談者のプライバシーが十分に保護されるよう独立した部屋を用いる等配慮するとともに、相談については、懇切丁寧に対応し、個々のケースに応じた助言を行う。

2 普及啓発事業

不妊相談を希望するものが、不妊専門相談センターについて容易に把握できるように、ポスター、リーフレットの作成・配布、広報誌掲載等を通じ周知徹底を図る。

(相談票等の記録・保存)

第6条 記録については、不妊専門相談票（様式1号、様式2号）を用い、その保管は保健福祉環境事務所長が行うこととし、保存期間は5年間とする。

(関係機関との連携)

第7条 本事業を実施するにあたっては、関係機関との連携を密にするとともに、その効果が十分に上がるように配慮する。

(事業の実績報告)

第8条 保健福祉環境事務所長は、事業に対する報告について、別添の報告書（様式3号）を翌年度の4月15日までに、児童家庭課長に報告する。

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は平成16年6月1日から施行する。

不妊専門相談票

相 談 者	氏名 _____ 生年月日（S・H 年 月 日） 歳						
	住所 _____ 電話（ _____ ） 職業 _____						
相談内容							
結 婚 歴	結婚年齢 _____ 歳 現在の婚姻期間 _____ 年間	家族構成 本人 ○ _____ □ _____（ 歳）					
月 経 歴	初経年齢 _____ 歳 最終月経 _____ 年 / ~ / （日間） 月経周期 _____ 日 型 月経日数 _____ 日 間 量 _____ （多・普通・少） 月経随伴症状 （ なし あり（ 腰痛 下腹部痛 その他 ）						
妊 娠 出 産 歴	妊娠歴 なし あり <table border="0"> <tr> <td>妊娠回数 _____ 回</td> <td rowspan="4">妊娠中、分娩中の異常 なし あり（ _____ ） 産褥期の異常 なし あり（ _____ ）</td> </tr> <tr> <td>出産回数 _____ 回</td> </tr> <tr> <td>流産（自然 _____ 回、人工 _____ 回）</td> </tr> <tr> <td>早産 _____ 回 死産 _____ 回</td> </tr> </table>		妊娠回数 _____ 回	妊娠中、分娩中の異常 なし あり（ _____ ） 産褥期の異常 なし あり（ _____ ）	出産回数 _____ 回	流産（自然 _____ 回、人工 _____ 回）	早産 _____ 回 死産 _____ 回
妊娠回数 _____ 回	妊娠中、分娩中の異常 なし あり（ _____ ） 産褥期の異常 なし あり（ _____ ）						
出産回数 _____ 回							
流産（自然 _____ 回、人工 _____ 回）							
早産 _____ 回 死産 _____ 回							
既 往 歴	婦人科疾患 なし あり（ _____ ） その他の疾患 なし あり（ _____ ） 不妊治療歴 なし _____ あり { 治療期間 _____ 年 ~ _____ 年 治療内容 _____ 受診機関 _____						
嗜 好 等	アルコール なし あり（ _____ ml / 回, _____ 回 / w） 喫煙 なし あり（ _____ 本 / 日） 薬物常用 なし あり（睡眠剤・鎮静剤・その他 _____ ） 記入者（ _____ ）						

様式1号の2

相談者氏名			
相談年月日	年 月 日	時 間	: ~ :
相談担当者	氏 名 職 種		
相談の状況			
対応内容			
今後の計画	1 終 了 2 継続相談 (か月後) 3 医療機関紹介 (機関名) 担当医師氏名 :		
備 考			

不妊専門相談票

事務所名 _____
受付番号 _____

フェイスシート

受付年月日				年	月	日	時 間				:	~	:	(分)
氏 名	男・女						年 齢	歳		既 婚 ・ 未 婚				
職 業	1 家事専業		2 パートタイマー		3 フルタイム		4 その他()							
地域区分	1 福岡ブロック		2 筑豊ブロック		3 筑後ブロック		4 その他()							
情報経路	1 新聞	2 本・雑誌	3 知人	4 保健福祉環境事務所		5 病院等	6 インターネット	7 その他						
相談者	1 本人	2 パートナー	3 実母	4 実父	5 実兄弟姉妹	6 義父母	7 友人	8 その他						

主な相談項目	1 医療情報	2 治療の悩み	3 治療以外の悩み	4 その他
--------	--------	---------	-----------	-------

1 医療情報		2 治療の悩み		収集情報の整理	
1	検査	1	治療に対する迷い	子ども	1有()人 2 無 3 妊娠診断まち
2	薬	2	不妊に対する不安	不妊の原因	1 男性 2 女性 3 双方
3	人工授精(AIH)	3	費用	検査の状況	4 機能性不妊 5 不明 6 その他
4	人工授精(AID)	4	仕事との両立		1 双方とも済 2 女性済 3 男性済
5	体外受精	5	病院への不満	現在の様子	4 検査中 5 未
6	顕微授精	6	その他	1 通院中 2 通院していない	3 通院開始を検討中
7	男性不妊	3 治療以外の悩み		同居年数	年
8	代理母・卵提供	1	自分自身のこと	通院期間	年
9	病院情報	2	パートナーとのこと	避妊していない期間	年
10	習慣性流産	3	周囲との人間関係	備 考	
11	セックス	4	妊娠・出産・育児		
12	月経・基礎体温など	5	養子について		
13	子宮内膜症・筋腫など	6	子どものいない人生		
14	その他	7	その他		

相談内容

Q.

A.

残された問題・引き継ぎ事項等・その他のコメント

1 初回相談	2 再相談(回目)	担当者
--------	------------	-----

不妊治療費の助成を開始します！

(不妊治療の経済的・精神的支援事業について)

1 事業目的

次世代育成支援の一環として、「子どもを産み育てる者が真に誇りと喜びを感じることをできる社会の実現」を目指して、不妊に悩む夫婦の経済的及び精神的負担の軽減を図る。

2 事業概要

不妊治療にかかる費用（医療保険適用外）の一部を助成するとともに、不妊に悩む夫婦に対し、医学的な相談や心の悩みの相談に応じ、総合的な支援を**平成16年 6月 1日**から実施する。

(1) 不妊治療費助成事業

<概要>

- 対象者 : 福岡県内（北九州市、福岡市を除く）に1年以上居住している戸籍上の夫婦（外国籍の方の場合：外国人登録原票で夫婦と確認できる方）
- 所得制限 : 夫及び妻の所得の合計金額が650万円未満
- 対象治療 : 体外受精、顕微授精
- 助成額等 : 対象不妊治療費の総額の1/2、又は10万円のいずれか低い方を1年度当たり1回、連続2年度助成する。
- 医療機関 : 社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づき登録を行った医療機関のうち知事が実施医療機関として適当と認め指定した医療機関

<申請窓口>

住所地を管轄する県内13か所の保健福祉環境事務所・大牟田市在住者は市保健所。

<手続き等について>

- 申請の時期 : 申請は不妊治療を終了した日の属する年度内に行う。
- 助成金の支払い : 償還払い
(不妊治療の自己負担分（医療保険適用外）を一旦支払った後に申請に基づき届出口座に振込む)

<その他>

平成16年4月1日以降に、知事が指定した医療機関で受けた体外受精、顕微授精の不妊治療が助成の対象になる。

(2) 不妊専門相談センター事業

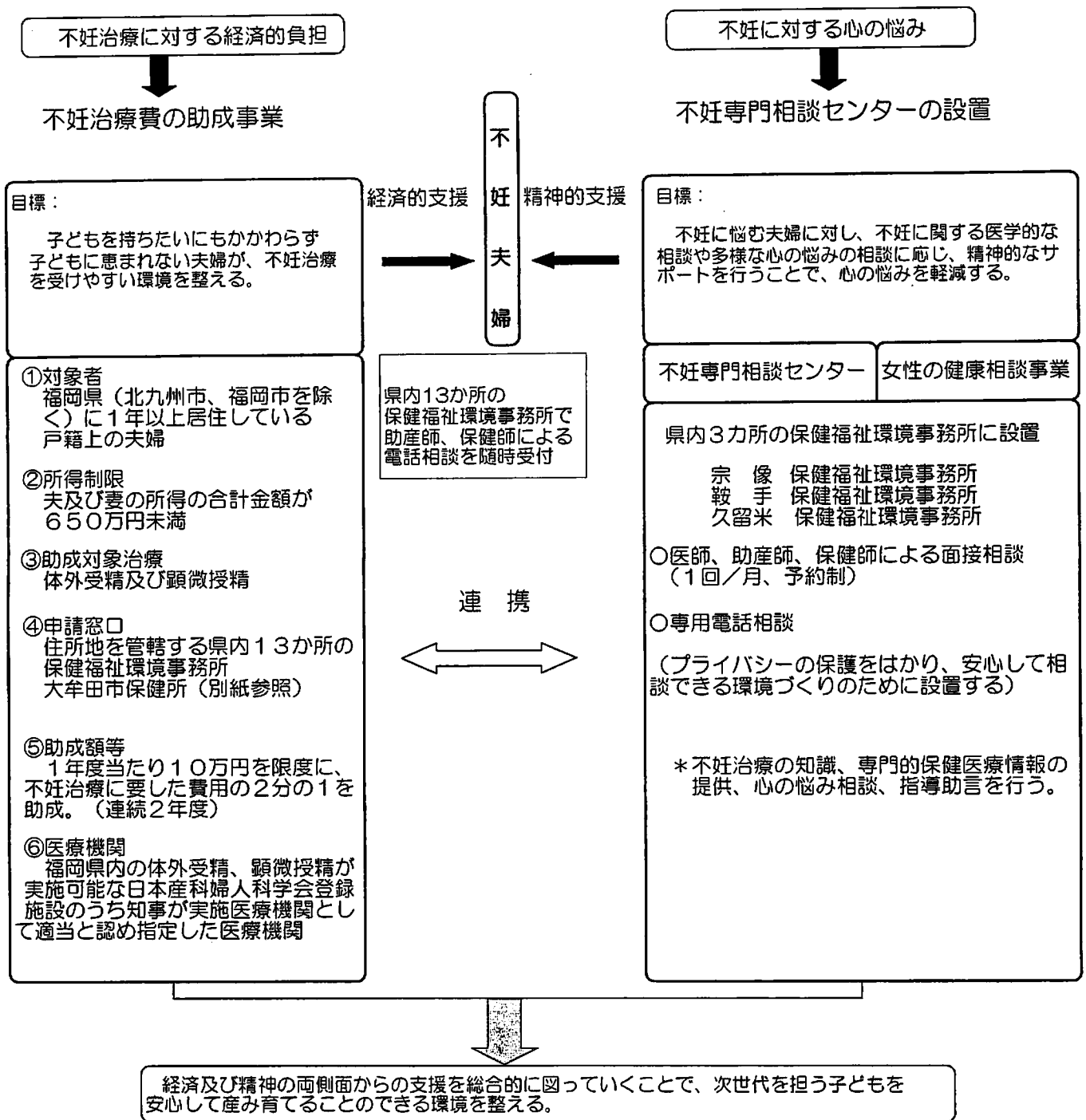
<設置箇所>

宗像、鞍手、久留米の3保健福祉環境事務所

<内容>

- 専門医師等による面接相談（月1回）
- 助産師等による専用電話相談

不妊治療等支援事業



【備考】

設置事務所名	所在地	電話	面接相談日
宗像 保健福祉環境事務所	宗像市大字東郷1丁目2-1	0940-36-2473	第1木曜日 13:30~16:00
鞍手 保健福祉環境事務所	直方市日吉町9-10	0949-22-3412	第3水曜日 13:30~15:30
久留米 保健福祉環境事務所	久留米市合川町1642-1	0942-30-1072	第3金曜日 13:30~15:30

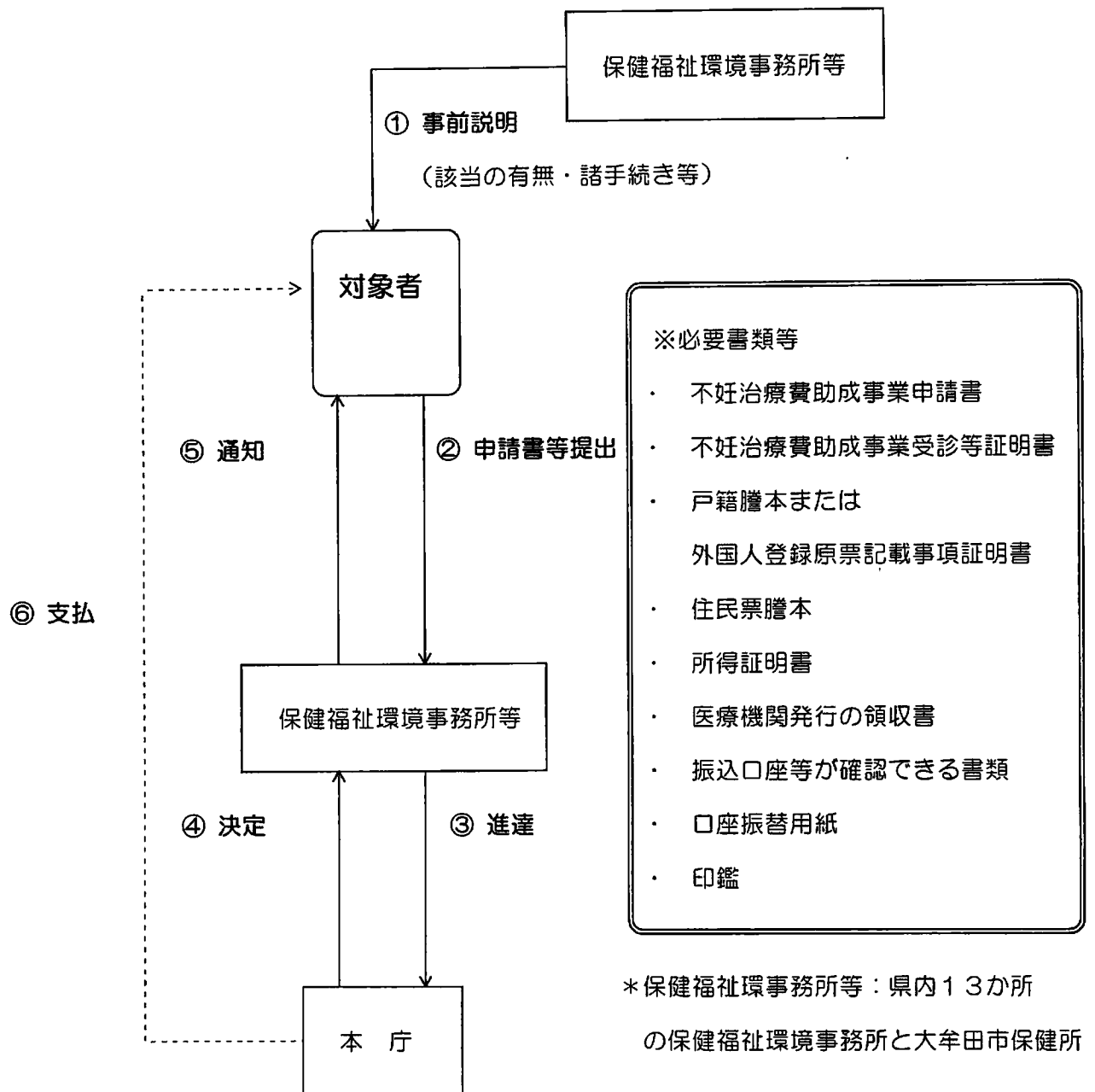
*上記の電話番号は、「女性の健康相談事業」として利用しているものです。

*専用電話については、設置が済み次第、お知らせします。

不妊治療費助成事業申請窓口一覧

保健福祉環境事務所名	管轄地域	所在地	電話番号
筑紫保健福祉環境事務所	筑紫野市・春日市・大野城市 筑紫郡・太宰府市	T816-0943 大野城市白木原3丁目5-25	(092)513-5626
粕屋保健福祉環境事務所	古賀市・糟屋郡	T811-2312 糟屋郡粕屋町大字戸原235-7	(092)939-1592
宗像保健福祉環境事務所	宗像市・宗像郡	T811-3436 宗像市東郷1丁目2-1	(0940)36-2473
朝倉保健福祉環境事務所	甘木市・朝倉郡	T838-0068 甘木市大字甘木2014-1	(0946)22-3965
糸島保健福祉環境事務所	前原市・糸島郡	T819-1112 前原市大字浦志216-1	(092)322-3326
遠賀保健福祉環境事務所	中間市・遠賀郡	T807-0046 遠賀郡水巻町吉田西2丁目17-7	(093)201-4162
鞍手保健福祉環境事務所	直方市・鞍手郡	T822-0025 直方市日吉町9-10	(0949)22-3412
嘉穂保健福祉環境事務所	飯塚市・山田市・嘉穂郡	T820-0004 飯塚市新立岩8-1	(0948)21-4914
田川保健福祉環境事務所	田川市・田川郡	T825-8577 田川市大字伊田松原通り3292-2	(0947)42-9315
久留米保健福祉環境事務所	久留米市・小郡市・三井郡 浮羽郡・大川市・三潁郡	T839-0861 久留米市合川町1642-1	(0942)30-1072
八女保健福祉環境事務所	八女市・筑後市・八女郡	T834-0063 八女市大字本村深町25	(0943)22-6965
山門保健福祉環境事務所	柳川市・山門郡・三池郡	T832-0823 山門郡三橋町大字今古賀8-1	(0944)72-2112
京築保健福祉環境事務所	行橋市・京都郡・豊前市・築上郡	T824-0005 行橋市中央1丁目2-1	(0930)23-2970
大牟田市保健所	大牟田市	T836-8666 大牟田市不知火町1-5-1	(0944)41-2669

不妊治療費助成事業の流れ



福岡県不妊治療費助成事業における指定医療機関一覧

- A:体外受精・胚移植、およびGIFTの臨床実施に関する登録
 B:ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する登録
 C:顕微授精の臨床実施に関する登録
 D:非配偶者間人工授精の臨床実施に関する登録

	A	B	C	D	登録施設名	郵便番号	所在地	TEL	FAX
1	○	○			独立行政法人 国立病院機構 小倉病院	802-8533	北九州市小倉南区春ヶ丘10-1	093-921-8881	093-932-2123
2	○	○	○	○	セントマザー産婦人科医院	807-0825	北九州市八幡西区折尾4丁目9-12	093-601-2000	093-691-5004
3	○	○	○		医療法人アイブイエフ詠田クリニック	810-0001	福岡市中央区天神3-10-11 天神五十君ビル3F	092-735-6655	092-735-6656
4	○	○	○		中央レディスクリニック	810-0001	福岡市中央区天神2-14-8 福岡天神センタービル7F	092-736-3355	092-736-3353
5	○				国家公務員共済組合連合会 浜の町病院産婦人科	810-8539	福岡市中央区舞鶴3-5-27	092-721-0831	092-714-3262
6	○	○			医療法人杏永会 婦人科永田おさむクリニック	811-2311	糟屋郡粕屋町長者原258-5	092-938-2209	092-938-8127
7	○				よしみつ婦人科クリニック	812-0011	福岡市博多区博多駅前2-1-1 福岡朝日ビル7F	092-414-5224	092-414-5224
8	○	○	○		医療法人蔵本ウイメンズクリニック	812-0012	福岡市博多区博多駅東1丁目1-19	092-482-5558	092-482-1415
9	○	○	○		原三信病院不妊センター	812-0033	福岡市博多区大博町1-8	092-291-3434	092-291-3266
10	○	○			福岡大学病院産婦人科	814-0180	福岡市城南区七隈7-45-1	092-801-1011	092-865-4114
11	○				すみい婦人科クリニック	815-0071	福岡市南区平和1-2-24 メディカルビルルミナンス平尾2F	092-534-2301	092-534-2302
12	○	○			久留米大学病院産婦人科	830-0011	久留米市旭町67	0942-31-7573	0942-35-0238
13	○	○	○		いでウイメンズクリニック	830-0033	久留米市天神町4-1 実吉センタービル8F	0942-33-1114	0942-33-1124
14	○	○	○		医療法人社団高邦会高木病院 産婦人科	831-0016	大川市酒見141-11	0944-87-0001	0944-87-9310
15	○	○	○		医療法人メディカルキューブ 平井外科・産婦人科	836-0012	大牟田市明治町3-8-7	0944-54-3228	0944-55-3226