463
30. 7. 3
付
小郡三井医師会

福県医発第９８２号（地）
平成３０年　７月　２日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　　松　田　峻一良
（公　印　省　略）

福岡市の一般不妊治療費（人工授精）助成事業について

今般、標記の件について、福岡市こども未来局こども発達支援課より別添のとおり周知方依頼がありました。

本通知は、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担を軽減するため、現在行っている特定不妊治療費への助成に加え、一般不妊治療費（人工授精）への助成を以下のとおり開始する旨をお知らせするものです。

なお、治療を受けた方が申請する書類の一つに、医療機関で記載をお願いする書類（別添様式第２号「福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書」）があります。

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のうえ、貴会内関係医療機関への周知方よろしくお願いいたします。

記

１．事業開始（申請受付）：平成３０年７月２日（月）

２．助成対象者：治療期間から申請日まで継続して福岡市内に住所を有する夫婦
※その他、所得等の要件あり

３．助成対象となる治療：平成３０年４月１日以降に開始した、医療保険適用外の人工授精に要する費用

４．助成額：人工授精に要した費用の自己負担額の２分の１（上限５万円）

５．申請方法：治療を受けた者が、福岡市内の各区保健福祉センター健康課及び不妊専門相談センターで申請
※申請書類の一つに、医療機関で記載をお願いする書類「福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書」あり

小郡三井医師会より　　母子保健担当理事　田中泰之
会長　島田昇二郎

（公印省略）
こ発第318-2号
平成30年6月27日

福岡県医師会
会長　松田　峻一良　様

福岡市こども未来局長
（こども発達支援課母子保健係）

一般不妊治療費（人工授精）助成事業の広報について（依頼）

時下，ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
本市の母子保健事業につきましては，日頃より格別のご協力を賜り，厚くお礼を申し上げます。
さて，本市では，不妊治療を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するため，現在行っている特定不妊治療費への助成に加え，一般不妊治療費（人工授精）への助成を以下のとおり開始することとなりました。
つきましては，関係医療機関への周知をよろしくお願いいたします。

記

1．事業開始（申請受付）　平成30年7月2日（月）

2．助成対象者
治療期間から申請日まで継続して福岡市内に住所を有する夫婦
※その他，所得等の要件あり

3．助成対象となる治療
平成30年4月1日以降に開始した，医療保険適用外の人工授精に要する費用

4．助成額
人工授精に要した費用の自己負担額の2分の1（上限5万円）

5．申請方法
治療を受けた者が，福岡市内の各区保健福祉センター健康課及び不妊専門相談センターで申請。
※申請書類の一つに，医療機関で記載をお願いする様式（福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書）がございますので，あわせて周知くださいますようお願い申し上げます。

※制度の詳細は，別添リーフレット及び様式のとおり

福岡市こども未来局こども部
こども発達支援課　母子保健係
担当）　山下・井上
ＴＥＬ　092-711-4178
ＦＡＸ　092-733-5534

福岡県医師会 受付 30.6.28 1975

福岡市一般不妊治療費助成事業のご案内

平成 30 年７月より医療保険適用外の一般不妊治療（人工授精）の治療に要した費用の一部を助成します。

１　対象となる治療

医療機関において不妊症と診断され，医療保険各法に基づく給付の対象とならない下記一般不妊治療（人工授精）に要した費用（入院費，食事代，交通費等治療に直接関係のない費用を除く。）。

ただし，平成 30 年４月１日以降に開始した治療で，助成対象期間中に１回の治療が終了しているものに限ります。対象となる治療であっても，人工授精を行っていない場合は助成対象となりません。

① 事前検査として実施する精液の細菌学検査費用及び採血によるＨＩＶ等の感染症検査費用
② 採精費（事前採取も含む。）
③ 精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
④ 精液の濃縮，洗浄等に要する費用
⑤ 排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する費用
⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
⑦ 人工授精後，感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
⑧ その他，⑥を実施するために行った治療に要する費用

※助成対象外となるもの
・夫婦以外の第三者からの精子の提供による不妊治療
・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）

２　対象者

次のすべての要件を満たす方

（１）助成対象となる治療開始日において，法律上の婚姻関係にある夫婦であること。
（２）助成対象となる治療開始日における妻の年齢が 40 歳未満であること。
（３）助成対象となる治療期間から申請日までの間，夫婦いずれかが継続して福岡市内に住所があること。
（４）医療保険各法における被保険者，被扶養者等であること。

３　所得制限

夫及び妻の合計所得から，各種控除額を差し引いた額が 730 万円未満
※所得の額については，最新の所得証明書（市県民税証明書等）で確認が必要です。
※児童手当法施行令第３条第１項の控除額は，所得金額がある場合に適用となります。

４　助成対象となる治療期間

助成対象となる治療開始日の属する月の初日から起算して１年間

５　助成額

１夫婦あたり，対象となる治療に要した費用のうち１／２，５万円を上限に助成
※１円未満の端数がある時は切り捨て

６　助成回数

夫婦１組につき１回限り。対象期間中に複数回治療を行う場合は，最後の治療が終了した後にまとめて申請してください。一度交付決定を受けた場合は，助成金の交付限度額に達していない場合でも再度申請することはできません。

（裏面に続く）

7　申請期限

助成対象となる一般不妊治療の最初の診療日の属する月の初日から起算して１年３か月以内
例：５月 10 日が治療開始日の場合，翌年７月 31 日まで

8　支払方法

治療費（医療保険適用外）を一旦自己負担していただいた後に，申請に基づき届出口座に振り込みます。

9　申請窓口及び問い合わせ先

住所を有する区の保健福祉センター健康課（予約制），不妊専門相談センター（予約優先）が窓口となります。原則として**治療開始前に**お電話でご連絡いただいた後，面談及び事前説明を受けていただき，申請書類をお渡しし，治療終了後に申請書類等を提出していただきます。

■各区保健福祉センター健康課

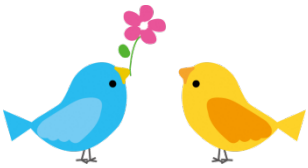
区	住所	電　話	ＦＡＸ
東	東区箱崎2-54-27	092－645－1077	092－651－3844
博多	博多区博多駅前2-19-24	092－419－1095	092－441－0057
中央	中央区舞鶴2-5-1	092－761－7338	092－734－1690
南	南区塩原3-25-3	092－559－5119	092－541－9914
城南	城南区鳥飼5-2-25	092－844－1071	092－822－5844
早良	早良区百道1-18-18	092－851－6622	092－822－5733
西	西区内浜1-4-7	092－895－7055	092－891－9894

■不妊専門相談センター　住所：中央区天神1-8-1福岡市役所地下１階　電話：080-3986-8872

福岡市では，特定不妊治療を受けた方への助成や不妊に悩むご夫婦等の相談支援を行っています。
詳しくは上記問い合わせ先にお問い合わせください。

【所得の計算方法】

		夫	妻
A　証明書の所得金額			
控除	児童手当法施行令第３条第１項の控除額	８０，０００	８０，０００
	医療費控除		
	雑損控除額		
	小規模企業共済等掛金控除額		
	障害者控除額（普通）270,000円×該当者数		
	障害者控除額（特別）400,000円×該当者数		
	勤労学生控除　該当する場合　270,000円		
B　控除計			
C　所得額（A－B）		①	②
合計（この額が730万円未満なら所得制限内です）		①＋②	



様式第２号

福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

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（主治医がご記入ください）

（ふりがな） 受診者氏名	夫		妻		
生年月日		年　月　日		年　月　日	
今回の申請にかかる治療期間	年　月　日　～			年　月　日	
人工授精	回		妊娠判定の結果	＋　・　－	
本人負担額内訳	実費負担額（医療保険適用外）				
	医療機関徴収分（①）		薬局徴収分（②）		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
年　月分	円		円		
〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額　　円（上記実費負担額①～②の合計額となります。）					

※１　当該患者に関して行った人工授精（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。

※２　妊娠判定の結果は、対象期間中１回でも陽性だった場合は＋に丸をつけてください。

※３　院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

・対象となる治療は次のとおりです。助成対象となる治療であっても，１回の治療が終了していない場合や，下記⑥を行っていない場合は助成の対象となりません。
① 事前検査として実施する精液の細菌学検査費用及び採血によるＨＩＶ等の感染症検査費用
② 採精費（事前採取も含む。）
③ 精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料
（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
④ 精液の濃縮、洗浄等に要する費用
⑤ 排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する費用
⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
⑦ 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
⑧ その他，⑥を実施するために行った治療に要する費用

※４　入院費、文書料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

様式第２号

福岡市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

記載例

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

平成３０年１２月２０日

医療機関の名称　福岡市役所レディースクリニック
所在地　福岡市中央区天神１－８－１
連絡先　０９２－１２３－４５６７
主治医氏名　博　多　一　郎　印

訂正する場合は、訂正か所に二重線を引き、こちらの印で訂正印を押印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

（ふりがな）受診者氏名	夫	ふくおか　たろう 福　岡　太　郎	妻	ふくおか　はなこ 福　岡　花　子
生年月日		昭和５４年１月１日		昭和５４年２月２日
今回の申請にかかる治療期間	平成３０年　５月１０日　～　平成３０年１２月２０日			
人工授精	５回	妊娠判定の結果	＋	

実施した人工授精5回中1回でも陽性であれば、陽性に○をしてください。

本人負担額内訳	実費負担額（医療保険適用外）	
	医療機関徴収分（①）	薬局徴収分（
平成30年5月分	20,000　円	1,500　円
平成30年6月分	20,000　円	1,500　円
平成30年9月分	20,000　円	1,500　円
平成30年10月分	20,000　円	1,500　円
平成30年12月分	20,000　円	1,500　円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕
領収金額　１０７，５００円（上記実費負担額①～②の合計額となります。）

※１　当該患者に関して行った人工授精（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
※２　妊娠判定の結果は、対象期間中１回でも陽性だった場合は陽性に丸をつけてください。
※３　院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

・対象となる治療は次のとおりです。助成対象となる治療であっても，１回の治療が終了していない場合や，下記⑥を行っていない場合は助成の対象となりません。
① 事前検査として実施する精液の細菌学検査費用及び採血によるＨＩＶ等の感染症検査費用
② 採精費（事前採取も含む。）
③ 精液の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料
（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
④ 精液の濃縮、洗浄等に要する費用
⑤ 排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する費用
⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
⑦ 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
⑧ その他⑥を実施するために行った治療

※４　入院費、文書料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。