



福岡医発第 754 号 (地)
令和 5 年 6 月 12 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業の実施について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、福岡県において、不妊に悩む方への経済的負担を軽減することを目的に、保険適用となった特定不妊治療と併用して受けられる先進医療にかかる費用の一部を助成する事業が実施されることとなり、実施要綱の制定及び県ホームページが作成された旨、福岡県福祉労働部子育て支援課より連絡がありました。

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、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、福岡県産婦人科医会には同課より別途通知されておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

母子保健担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

5 子 育 第 4 6 7 号
令 和 5 年 5 月 3 0 日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福 岡 県 福 祉 労 働 部 長
(子育て支援課母子保健係)



福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業の実施について

本県の母子保健事業の推進につきまして、日頃から御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、本県では、不妊に悩む方への経済的負担を軽減することを目的に、保険適用となった特定不妊治療と併用して受けられる先進医療にかかる費用の一部を助成する事業を実施することとしました。

つきましては、本事業に係る実施要綱の制定及び県ホームページを作成いたしましたので、貴会会員へ周知いただきますようお願いいたします。

なお、福岡県産婦人科医会には別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 添付資料

別添 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱

2 事業開始時期

令和5年6月1日(木)

3 福岡県ホームページURL

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/sennsinniryoushienjigyo.html#pagetop>

(申請窓口、問い合わせ窓口については、事業開始日に掲載。)



福岡県福祉労働部
子育て支援課母子保健係 太田 松尾
TEL : 092-643-3307

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱

(目 的)

第1条 不妊治療における経済的負担を軽減するため、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精をいう。以下同じ。）を行う際に、保険適用された治療と併用して自費で実施される「先進医療」に係る費用の一部を助成することにより、不妊に悩む夫婦が妊娠・出産を諦めることがないようにすることを目的とする。

(実施方法)

第2条 この事業は、県が、第3条に規定する助成対象者が第4条に規定する助成対象治療を受けた場合に、第6条の規定により算定される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、次の各号の要件を備えている夫婦のうち、特定不妊治療の開始日が令和5年4月1日以降である者とする。

なお、「特定不妊治療の開始日」とは、「治療計画」を立てた日をいい、「1回の治療」とは、「治療計画」を立てた日から、「妊娠判定」等に至るまでの特定不妊治療の実施の一連の過程をいう。

- (1) 特定不妊治療開始日に夫婦であること（事実婚を含む。なお、子どもの福祉に配慮し、出生した子について認知を行う意向があること。）
- (2) 特定不妊治療開始日の妻の年齢が43歳未満であること
- (3) 治療開始日から申請日までの間に、夫婦の双方又はいずれかが、県内市町村（政令市・中核市を含む）に住所を有すること
- (4) 保険診療として特定不妊治療を受診していること

(助成対象治療)

第4条 対象となる治療は、令和5年4月1日以降に開始した1回の保険診療の特定不妊治療と併せて行われた別表に定める先進医療であって、当該先進医療の実施機関として厚生労働省に承認された医療機関で実施されたものとする。

2 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。

(対象費用)

第5条 対象となる費用は、前条に規定する対象治療に要した費用とする。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は対象外とする。

- (1) 他の地方公共団体で助成を受けていた期間に係る先進医療の費用
- (2) 保険診療が適応されず、全額自己負担で実施した場合の先進医療の費用

(3)受精胚の管理料、入院費、食事代、証明書などの文書料等治療に直接関係のない費用

(助成金の額)

第6条 前条第1項に定めた対象費用に対し助成する金額（以下「助成額」という。）は、1回の治療につき、実施された先進医療の合計費用の7割の額（算出された合計額に千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）と5万円のいずれか低い方の額とする。

(助成の申請)

第7条 助成を受けようとする夫婦（以下「申請者」という。）は、原則として、治療が終了した日又は中断日の属する年度内に申請するものとする。ただし、3月1日から3月31日の間に終了した治療については、翌年度4月30日まで申請を行うことができるものとする。

2 申請者は、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、知事に申請するものとする。ただし、前回以前の申請時に提出した③、④の書類で、それぞれの発行日から3ヶ月以内のものは添付を省略することができる。ただし、2回目以降でも前回申請から変更がある者及び事実婚の者は省略できない。

- ① 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第2号）
- ② 実施医療機関等が発行した当該治療に要した費用に係る領収書（コピー可。）
- ③ 住民票の写し（発行日から3ヶ月以内のもの。事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。）
- ④ 夫婦両人の戸籍謄本（発行日から3ヶ月以内のもの。法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は、省略できる。）
- ⑤ 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式4号）（同一世帯でない場合、その理由について記載すること）
- ⑥ 口座振込先情報が分かる資料（振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等）
- ⑦ 前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める書類

(助成の決定)

第8条 知事は、申請書等を審査し、助成の可否及び助成額の決定を行い、その結果を、申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第9条 知事は、助成決定後、申請者に対して、口座振替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10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11条 知事は、助成の状況を明確にするため、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業台帳(様式第3号)を備え付けるものとする。

(広報活動等)

第12条 知事は、この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、積極的な協力を求めるものとする。

2 知事は、高年齢での妊娠・出産は、様々なリスクが高まるとともに、出産に至る確率も低くなることが医学的にも明らかになっていることなどについて、正確な情報提供、普及啓発を図るなど、広く広報等を行うものとする。また、子どもを持ちたいと願う家庭の選択肢として、申請者の希望に応じて里親・特別養子縁組制度の普及啓発等を実施するものとする。

3 この事業の関係者は、申請者が安心して助成に関する相談ができるようプライバシーの保護に配慮するものとする。

第13条 この要綱に定めるもののほか、この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、令和5年6月1日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

別 表

	名 称
1	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（P I C S I）
2	子宮内膜刺激術（S E E T法）
3	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
4	子宮内膜受容能検査（E R A）
5	子宮内膜細菌叢検査（E M M A、A L I C E）
6	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（I M S I）
7	子宮内膜スクラッチ
8	二段階胚移植法
9	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
1 0	子宮内フローラ検査
1 1	子宮内膜受容期検査（E R P e a k）
1 2	膜構造を用いた生理学的精子選択術
1 3	着床前胚異数性検査

様式第1号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書

申請者	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		治療開始日の 妻の年齢	
(ふりがな) 申請者	()	昭和 平成	年 月 日	()歳	
(ふりがな) 配偶者	()	昭和 平成	年 月 日		
申請者住所	〒		電話	()	
配偶者住所	〒		電話	()	
※申請者と異なる場合のみ					
他の地方公共団体で助成を受けていない期間に係る先進医療の費用である			☐ はい ☐ いいえ(助成対象外)		
上記のとおり関係書類を添えて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。 (↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓) 申請者 氏名 _____ 申 請 額 金 円 年 月 日 配偶者 氏名 _____ 年 月 日 ★実施した先進医療にかかった費用に10分の7を乗じた金額(千円未満切捨)または5万円のうち、低い方の金額を記入してください 福 岡 県 知 事 殿					
振込先	金融機関名	銀行	本店	店番号	
		金庫	支店		
	農協	出張所			
預金種別	普通・貯蓄	(フリガナ) 口座名義人(申請者と同じ)	()		
口座番号					

(注)

- 1 太枠内を全て御記入してください。
- 2 以下の書類を添付してください。
 - (1) 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書(様式第2号)
 - (2) 実施医療機関が発行した当該治療に要した費用に係る領収書(コピー可。)
 - (3) 住民票の写し(発行日から3ヶ月以内のもの)

※事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。マイナンバー、本籍地の記載は不要。
 - (4) 夫婦両人の戸籍謄本(発行日から3ヶ月以内のもの)

※法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は省略可
 - (5) 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書(様式第4号)

※同一世帯でない場合、その理由について記載すること
 - (6) 口座振込先情報が分かる資料

※振込先の口座内容(口座番号、口座名義等)がわかる部分の通帳のコピー等
- 3 助成が決定したら指定口座へ振り込みますので、記帳等によりご自身でご確認ください。
- 4 申請者と振込口座の名義人は同一になるように御記入ください。
- 5 書類の返送は致しませんので、御留意ください。

受付印

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療として保険診療及び先進医療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

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
今回の治療期間 (保険診療)	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画を立てた日) (妊 娠 判 定 日) ※保険診療の回数: 回目			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 特定不妊治療費 領収金額 _____ 円 (保険診療及び先進医療の合計額) 実施した先進医療にかかった費用 領収金額 _____ 円 ★			
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生労働省に実施医療機関として登録されていること。	今回実施した治療・技術に☐を入れ、実施日を記入してください。 以下の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合には、()に記入してください。			
	☐	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	☐	子宮内膜スクラッチ
		実施日: _____		実施日: _____
	☐	子宮内膜刺激術(SEET法)	☐	二段階胚移植法
		実施日: _____		実施日: _____
	☐	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	☐	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
		実施日: _____		実施日: _____
	☐	子宮内膜受容能検査(ERA)	☐	子宮内膜フローラ検査
	実施日: _____		実施日: _____	
☐	子宮内膜細菌叢検査(EMMA、ALICE)	☐	子宮内膜受容期検査(ERPeak)	
	実施日: _____		実施日: _____	
☐	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMS)	☐	膜構造を用いた生理学的精子選択術	
	実施日: _____		実施日: _____	
☐	着床前胚異数性検査	☐	()	
	実施日: _____		実施日: _____	