

不育症検査費用助成事業

1 事業目的

現在、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的な負担の軽減を図る。

2 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）とする。なお、この事業の一部を適切な実施が期待できる団体等に委託することができる。

3 対象者

二回以上の流産、死産既往がある者

4 対象となる検査 及び助成額

対象となる検査は、先進医療として告示されている不育症検査とし、その実施機関として承認されている保健医療機関で実施するもの。

助成額は一回の検査につき5万円までとする。

※ 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限る。

5 実施方法

都道府県等が、3に定める対象者が4に定める検査の受検に要した費用の一部を助成することにより行うものとする。

6 助成の申請及び決定

(1) 助成の申請

① 助成を受けようとする者は、原則として、検査が終了した日の属する年度内に、居住地を管轄する保健所を経由して都道府県知事等に申請を行うものとする。

② 申請に当たっては、不育症検査費用助成事業申請書様式（別紙1を参考とすること。）及び必要書類を添付する。

(2) 助成の決定

① 当該年度分の助成対象か否かについては申請が行われた日を基準とする。

② 都道府県知事等は、申請受理後、速やかに審査を行い、助成の可否及び金額について書面をもって申請者に通知すること。

7 広報活動等

(1) 都道府県等は、不育症検査・治療に携わる保健医療関係者等に対し、本事業の趣旨を周知徹底するほか、積極的な協力を求めて効率的な運営を図るものとする。

(2) 都道府県等は、助成を受けようとする者が事前に本事業の趣旨、助成の条件等の情報を得られるよう、制度の周知、相談窓口の設置などに努めること。

(3) 不育症に悩む方への支援は、経済的負担軽減とともに、不育症に関する相談指導や情報提供等を併せて行うことが望ましいため、都道府県等は、本事業の実施に当

たつて、別添4に掲げる「不妊専門相談センター」を設置し、不育症に対する支援を行うとともに、当該センター及びその他の相談機関との連携を図るなど、カウンセリング体制の充実・強化に努めること。

(4) 都道府県等は、実施医療機関の施設要件として、以下を確認すること。

- ・ 当該患者に対して、保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関であること
- ・ 不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関であることを確認すること。

(5) 都道府県等は、先進医療として告示されている不育症検査を実施する管内の保険医療機関を、厚生労働省地方厚生局のホームページの確認及び地方厚生局への問い合わせにより、把握すること。

8 実績・成果の把握

(1) 都道府県等は、助成を受けようとする者に対し、別に定める個票により、検査結果等を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があることをあらかじめ説明すること。

(2) 都道府県等は、申請者から提出のあった上記項目が記載された個票を別に定める期日までに厚生労働省に提出すること。

9 留意事項

(1) 都道府県等は、助成の状況を明確にするため、必要に応じて、不育症検査費用助成事業台帳（様式は別紙2を参考とすること。）を備え付け、助成の状況を把握すること。

(2) 都道府県等は、申請等事務手続きに当たって、助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮すること。

別紙1

(表)
不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

		(ふりがな) 氏名	生年月日				
	申請者	()	(元号) 年 月 日(歳)				
	住所	〒	電話 ()				
	備考						
<p style="text-align: center;">申請額 金 円</p> <p>(元号) 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 (市長) 殿</p>							
	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	貯金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(左詰記入)
申請受理年月日					(承認・不承認) 決定年月日		
受給者番号							

注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類) 不育症検査費用助成事業受検証明書
 不育症検査結果個票

受給者番号

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

(元号) 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	(元号) 年 月 日(歳)
実施した検査				
検査実施日	(元号) 年 月 日			
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る]			
	検査費用	領収金額	円	

※ 先進医療に指定され次第、課長通知で様式発出

不育症検査結果 個票

受検者氏名

国への報告時は秘匿

実施医療機関

国への報告時は秘匿

検査名:流産検体の染色体染色体検査

領収金額:

(調整中)

母親年齢別、父親年齢別、既往流産回数別、不妊治療の有無、不妊期間、
抗リン脂質抗体症候群の有無：無治療群、低用量アスピリン治療群、低用量アスピリン及び未分画ヘパリン注射治療群
子宮形態異常（子宮奇形）の有無：無治療群、子宮鏡下中隔切除術群、その他手術療法群
甲状腺機能異常の有無：無治療群、治療群
血液凝固異常（ProteinS欠乏症、ProteinC欠乏症、第XII因子欠乏症）の有無
：無治療群、治療群（低用量アスピリン治療群、低用量アスピリン及び未分画ヘパリン注射治療群）

以下、自治体記入欄

都道府県等名:

報告No