

福岡県医第 1887 号 (地)
令和 2 年 10 月 9 日

福岡県産婦人科医会
会長 平川俊夫 殿

福岡県医師会
会長 松田峻一良
(公印省略)

福岡市不育症検査費・治療費助成事業の周知について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

今般、標記の件につきまして、福岡市こども未来局より別添のとおり周知方依頼がありました。

本件は、福岡市において、不育症の検査及び治療を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するとともに、流産や死産を繰り返す原因を把握し、妊娠・出産に対する不安を解消するため、不育症の検査費・治療費の助成を以下のとおり開始することについて通知するものです。

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、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、福岡市内の産科及び婦人科医療機関に対しては、同局より直接通知されておりますことを申し添えます。

記

1. 事業開始 (申請受付) 令和 2 年 10 月 1 日 (木)
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. 助成対象となる検査・治療
令和 2 年 4 月 1 日以降に開始した、医療保険適用外の特定の不育症の検査・治療に要する費用
4. 助成額
不育症の検査・治療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
検査・治療を受けた者が、福岡市こども発達支援課に郵送で申請。
※申請書類の一つに、医療機関で記載をお願いする様式 (福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書) がございますので、併せて周知くださいますようお願い申し上げます。

(公印省略)

こ 発 第 6 8 6 号

令和2年9月30日

公益社団法人福岡県医師会
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)

福岡市不育症検査費・治療費助成事業の周知について (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、不育症の検査及び治療を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するとともに、流産や死産を繰り返す原因を把握し、妊娠・出産に対する不安を解消するため、不育症の検査費・治療費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にご協力賜りますようよろしくお願いいたします。

記

1. 事業開始 (申請受付) 令和2年10月1日 (木)
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. 助成対象となる検査・治療
令和2年4月1日以降に開始した、医療保険適用外の特定の不育症の検査・治療に要する費用
4. 助成額
不育症の検査・治療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
検査・治療を受けた者が、福岡市こども発達支援課に郵送で申請。
※申請書類の一つに、医療機関で記載をお願いする様式(福岡市不育症検査費・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) 梅野・山下 TEL 092-711-4178 FAX 092-733-5534
--



福岡市不育症検査費・治療費助成事業のご案内



令和2年10月より保険診療の対象とならない不育症の検査や治療に要した費用の一部を助成します。

1 対象となる検査・治療

医療機関において不育症と診断され、医療保険各法に基づく給付の対象とならない下記の検査や治療に要した費用（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、令和2年4月1日以降に実施した検査及び治療に限ります。

検査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテイン I 複合体抗体
		抗カルジオリピン I g G抗体
		抗カルジオリピン I g M抗体
		ループスアンチコアグラント
		抗 P E I g G抗体
		抗 P E I g M抗体
	凝固因子検査	第Ⅷ因子活性
		プロテイン S 活性もしくはプロテイン S 抗原
		プロテイン C 活性もしくはプロテイン C 抗原
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
夫婦染色体検査		
絨毛染色体検査（流産物検査）		
治療	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）	
	低用量アスピリン療法	

2 対象者

次のすべての要件を満たす方

- （1）対象となる検査・治療の開始日において、法律上の婚姻関係にある夫婦であること。
- （2）対象となる検査・治療の開始日における妻の年齢が43歳未満であること。
- （3）対象となる検査・治療の開始日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（裏面【所得の計算方法】参照。）

※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

対象となる検査・治療の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、対象となる検査や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。対象期間中に複数の検査や治療を行う場合は、最後の検査または治療が終了した後、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。

7 申請期限

助成対象となる不育症の検査や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

（裏面に続く）

8 支払方法

検査・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 申請方法及び問い合わせ先

福岡市ホームページから申請書類等の必要書類をダウンロードし、検査・治療終了後に下記まで郵送で申請してください。

福岡市 こども未来局 こども発達支援課 母子保健係
住所：〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所13階
電話：092-711-4178

■必要書類

- ・福岡市不育症検査費・治療費助成事業申請書（様式第1号）
- ・福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）※医療機関等に作成を依頼
- ・戸籍謄本の写し（全部事項証明書）※外国人同士の夫婦の場合、婚姻証明書
- ・所得証明書（課税・非課税証明書）
※賦課期日（1月1日）時点の住所が福岡市の場合、同意書を記載することで省略が可能
- ・夫及び妻の保険証の写し
- ・振込指定口座の通帳のコピー ※申請者名義（妻または夫）の普通口座

【所得の計算方法】

	夫	妻
A 証明書の所得金額		
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	



福岡市では、不妊や不育に悩むご夫婦等の相談支援を行っています。
詳しくは下記までお問い合わせください。



■福岡市不妊専門相談センター

住所：福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所地下1階
電話：080-3986-8872



様式第2号

福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、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診療期間		年 月 日 ~	年 月 日

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

項目		検査日又は治療期間	医療機関徴収分(①)	薬局徴収分(②)
検査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2グルコプロテイン1複合体抗体	年 月 日	円
		抗カルジオリピンI g G抗体	年 月 日	
		抗カルジオリピンI g M抗体	年 月 日	
		ループスアンチコアグラント	年 月 日	
		抗PEI g G抗体	年 月 日	
		抗PEI g M抗体	年 月 日	
	凝固因子検査	第VII因子活性	年 月 日	
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	年 月 日	
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原	年 月 日	
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	年 月 日	
夫婦染色体検査		年 月 日	円	
絨毛染色体検査(流産物検査)		年 月 日	円	
治療	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む)	年 月 日 ~ 年 月 日	円	円
	低用量アスピリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	円
[今回の検査・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 受診者に関して行った不育症の検査・治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。
- ※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
- ※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分(②)」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 文書料, 個室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

福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、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。

令和2年10月10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



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（主治医をご記入ください）

(ふりがな)	夫	ふくおか たろう	妻	ふくおか はなこ
受診者氏名		福岡 太郎		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 診療期間	令和2年5月10日～令和2年8月2日			

【医療保険を適用せず実施した検査・治療】

項目	検査日又は治療期間	医療機関 徴収分(①)	薬局 徴収分(②)	
検査	抗カルジオリピンβ2グロブリンI 複合体抗体	年 月 日	20,000円	
	抗カルジオリピンI g G抗体	令和2年 5月10日		
	抗カルジオリピンI g M抗体	令和2年 5月10日		
	ループスアンチコアグラント	令和2年 5月10日		
	抗PEI g G抗体	令和2年 5月10日		
	抗PEI g M抗体	年 月 日		
	凝固因子 検査	第XII因子活性		年 月 日
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原		令和2年 5月10日
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原		年 月 日
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		年 月 日
夫婦染色体検査	年 月 日	円		
絨毛染色体検査(流産物検査)	令和2年 8月 3日	60,000円		
治療	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む)	令和2年 7月 1日 ～ 令和2年 7月 31日	15,000円	20,000円
	低用量アスピリン療法	年 月 日 ～ 年 月 日	円	円

【今回の検査・治療にかかった金額合計】

領収金額 115,000円 (上記実費負担額①、②の合計額となります。)

- ※1 受診者に関して行った不育症の検査・治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。
- ※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
- ※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分(②)」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 文書料、個室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。

