

福山市不育症治療費助成申請に係る証明書作成に関する留意事項

※制度の詳細は、別紙「不育症治療費助成事業のご案内」をご確認ください。

1 2019年度の改正点

助成の対象となる検査に「その他市長が必要と認めたもの」を追加しました。

2 不育症の定義

この助成事業における不育症とは、「2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡（生後1週（7日）未満の死亡をいう。）の既往があること。」です。

3 対象検査・治療

(1) 検査

一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査(HSG)
		Sonohysterography（子宮腔内液体注入法）
		二次元、三次元経膈超音波検査
		中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査
	内分泌検査	甲状腺機能(fT4, TSH), 糖尿病検査(血糖値, HbA1c)
	夫婦染色体検査	
抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI (CL β_2 GPI)複合体抗体
		抗カルジオリピン(CL)IgG抗体, 抗カルジオリピン(CL)IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
		プロテインS活性又はプロテインS抗原
		プロテインC活性又はプロテインC抗原
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	
その他市長が必要と認めたもの		

(2) 治療

医師が不育症の治療として必要と認めたもの

ただし、手術は、子宮形態異常に対する中隔子宮のものに限る。

なお、次に掲げる費用に係るものは、助成対象外です。

- (1) 入院時食事療養費、個室使用料及び文書料等の不育症治療に直接関係のない費用
- (2) 出産（流産及び死産を含む。）に係る費用
- (3) 処方箋によらない医薬品等の費用
- (4) 本市が実施する特定不妊治療又は一般不妊治療の助成を受けている費用

4 申請期限

助成年度の初日を含む年の1月から12月までに行った対象検査・治療について、同年4月1日から翌年3月31日までに申請

(例)

助成年度	検査・治療期間	申請期限
2019年度	2019年 1月 1日から 2019年12月31日まで	2019年4月 1日から 2020年3月31日まで

5 証明書作成上の留意事項

証明書の記入に当たっては、次の事項にご留意ください。

留 意 事 項	
全 体	<ul style="list-style-type: none">・対象検査・治療を実施した医療機関が作成します。・□は、該当するものにチェックしてください。
主治医名前	<ul style="list-style-type: none">・主治医名前欄に、記名・押印してください。(主治医が自署した場合、押印は不要です。)
受診者名前	<ul style="list-style-type: none">・対象となる夫婦の名前をご記入ください。※ 貴院において、夫婦のいずれか一方の検査・治療を実施している場合であっても、確認のため、夫婦両方の名前を記入してください。
検査・治療期間	<ul style="list-style-type: none">・対象検査・治療の開始から終了までの期間をご記入ください。※ 検査・治療が終了していてもかまいません。※ 期間は、助成年度の初日を含む年の1月から12月までの1年間に実施した不育症の検査・治療です。
領収金額	<ul style="list-style-type: none">・対象検査・治療に係る費用で、患者からの領収金額の総額をご記入ください。※ 入院時食事療養費、個室使用料及び文書料等の不育症の検査・治療に直接関係のない費用は含めないでください。※ 不育症と不妊症の両方を目的としている検査・治療については、重複で申請はできません。医師の判断で、不育症か不妊治療のどちらかで計上してください。
院外処方の有無	<ul style="list-style-type: none">・院外処方の有無をご記入ください。・院外処方を行った場合は、院外薬局で支払った調剤料等の自己負担額も対象となります。

《問合せ先》

福山市保健所健康推進課 庶務・企画担当 不育症治療費助成事業担当

TEL : (084) 928-3421

E-mail : kenkou-suishin@city.fukuyama.hiroshima.jp

月～金曜日(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:15