

不育症治療費助成事業のご案内

～ 2025年度版 ～



《助成対象》 2025年1月～12月に受けた検査・治療

《申請期限》 2026年3月31日まで

《助成額》 30万円まで

1 助成の概要

1	助成対象者	<p><u>①～④の全てに該当する人</u></p> <p>① <u>不育症（※1）であると医師に診断されたこと。</u> ② 検査・治療の初日（※2）に、夫婦であること（事実婚も対象）。 ③ 検査・治療の初日（※2）に、<u>妻の年齢が43歳未満</u>であること。 ④ 申請日（※3）に、申請者が<u>福山市に住民登録</u>をしていること。</p> <p>※1 流産、死産又は早期新生児死亡（生後1週（7日）未満の死亡）の既往が、合計2回以上あること ※2 2025年1月～12月の間で、助成対象検査・治療を受けた日の初日 ※3 福山市が申請書等を受け取った日（郵送で申請する場合は、消印日）</p>				
2	助成の対象とする検査・治療	<p>2025年1月～12月に、国内の医療機関で受けた<u>次の検査・治療</u></p> <table border="1"><tr><td>検査</td><td>4ページ上部に記載した「助成対象の不育症検査」</td></tr><tr><td>治療</td><td>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、子宮形態異常にに対する中隔子宮のものに限ります。</td></tr></table> <p>なお、次に掲げる費用に係るものは、助成対象外です。</p> <p>(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) 処方せんによらない医薬品等の費用 (4) 福山市又は他自治体が実施する不妊治療の助成を受けている費用 ※ 医療保険適用の有無は問いません。 ※ 医師の処方せんによる医薬品等も対象です。 (「福山市不育症治療費助成申請に係る証明書」内の「院外処方の有無」が「有」で、薬局が発行した領収書の添付がある場合) ※ 2026年1月～12月に受けた検査・治療の申請については、2026年4月頃にホームページ等でお知らせします。</p>	検査	4ページ上部に記載した「助成対象の不育症検査」	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、子宮形態異常にに対する中隔子宮のものに限ります。
検査	4ページ上部に記載した「助成対象の不育症検査」					
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、子宮形態異常にに対する中隔子宮のものに限ります。					
3	助成額	<u>30万円まで</u> （夫婦1組に対して助成）				
4	助成回数	2025年4月～2026年3月の間に <u>1回</u> (2025年1月～12月に受けた助成対象検査・治療をまとめて申請) ※ 通算助成回数の制限はありません。				

5	申請期限 申請方法	<p>2026年3月31日までに、福山市健康推進課の窓口へ直接提出するか、郵送してください（※消印有効）。</p> <p>なお、次の場合は、該当する時点で早めに申請してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・助成対象検査・治療を終了し、今後、検査・治療を行う予定がない場合 ・助成申請額が30万円を超えた場合
6	申請関係書類	<p>必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 福山市不育症治療費助成申請書 ← 申請者が記入 ② 福山市不育症治療費助成申請に係る証明書 ← 医療機関が記入 <ul style="list-style-type: none"> ・先進医療の不育症検査を行った場合は、裏面の不育症検査結果個票の記入が必要です。 ・複数の医療機関で検査・治療をした場合は、医療機関ごとに必要です。 <p>場合により必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ③ 医療機関が発行した領収書（写しも可） <ul style="list-style-type: none"> ・先進医療を行った場合に必要です。 ④ 薬局が発行した領収書（写しも可） <ul style="list-style-type: none"> ・福山市不育症治療費助成申請に係る証明書の「院外処方の有無」が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象です。自己負担額に合算する場合は、薬局が発行した領収書が必要です。 ⑤ 支払相手方登録依頼書 <ul style="list-style-type: none"> ・助成金の振込先口座を登録する書類です。 ・初めて登録する場合又は住所・口座等を変更する場合に必要です。 ⑥ 戸籍（全部事項証明書） <ul style="list-style-type: none"> ・夫婦が別世帯の場合、事実婚関係にある場合、治療開始日に福山市に住民票がない場合に必要です。 ・事実婚関係にある夫婦の場合、両人の戸籍（全部事項証明書）が必要です。 ⑦ 事実婚関係に関する申立書 <ul style="list-style-type: none"> ・夫婦が事実婚関係にある場合に必要です。住所・名前は両人の自署としてください。 ・申請前に健康推進課へお問い合わせください。 ・申立書は福山市ホームページからダウンロードすることもできます。 <p>※ 申請者の状況に応じて、これ以外の書類を求める場合があります。</p>
7	助成の決定	<ul style="list-style-type: none"> ・審査後、結果を郵送にて通知します。 ・助成決定となった場合、申請書等受理日から2か月程度で口座に振り込みます。



「助成対象の不育症検査」

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、三次元経腔超音波検査
		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(APL)パネル
		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
		プロテインC
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
流死産胎児絨毛染色体検査		
抗ネオセルフ β_2 グリコプロテインI複合体抗体検査 ※1		
その他市長が必要と認めたもの (「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当のもの)		

※1 「抗ネオセルフ β_2 グリコプロテインI複合体抗体検査」については、2025年6月1日以降治療開始分より対象となります。

2 申請書等の入手方法

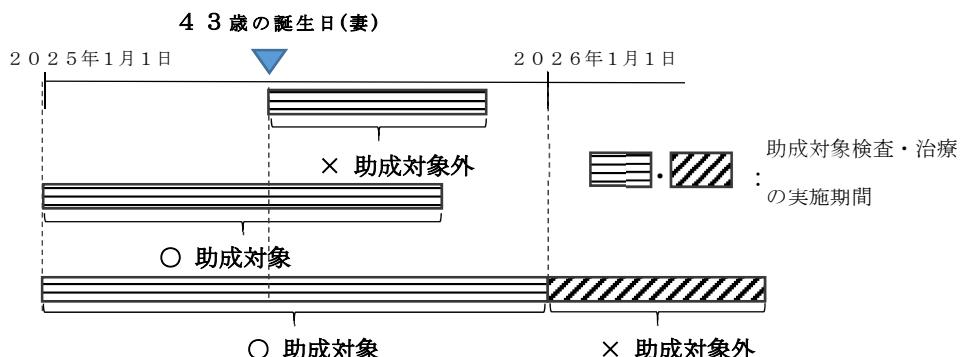
福山市健康推進課の窓口で配布しているほか、福山市ホームページからもダウンロードできます。

福山市 不育症治療費 検索

3 年齢の考え方

毎年、助成対象検査・治療を受けた日の初日における妻の年齢が43歳未満であることが助成要件の一部です。

※誕生日を加齢日とします。



《申請・問合せ・郵送先》 [住所] : 〒720-8512

福山市三吉町南二丁目11番22号 福山すこやかセンター6階

[電話番号] : 084-928-3421

[受付時間] : 月～金曜日 (祝日、年末年始を除く) 8:30～17:15