

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 不育症の定義

この助成事業における不育症とは、「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」です。

2 対象検査・治療

(1) 検査

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（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) 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
- (5) 「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「研究的検査」「非推奨検査」に該当のもの

3 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
2026年度	2026年 1月 1日から 2026年12月31日まで	2026年4月 1日から 2027年3月31日まで

4 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。・先進医療として告示されている不育症検査を行った場合は、裏面「不育症検査結果個票」の記入をお願いします。
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。※ 「抗ネオセルフβ₂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。
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

	<p>関係のない費用は含めないでください。</p> <p>※ 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。</p>
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