

《不妊に悩む方への特定治療支援事業》について

■体外受精や顕微授精、凍結保存を含めた高度生殖補助技術を用いた治療には保険が適応されず、全額自己負担となりますが、各自治体が治療費の一部を助成する特定不妊治療助成事業を行っております。
(特定不妊治療とは、不妊治療のうち高度生殖医療である「体外受精」と「顕微授精」、および「精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術」を含みます。)

申請をお考えの方は、下記を必ずご一読ください。

なお、申請方法・申請期限・助成対象者など申請条件は自治体により異なるため、**当院より申請のご案内のお声かけをすることはいたしておりません**。詳しくは各自治体にご確認ください。

【例】高槻市ホームページより一部抜粋(2020年現在、令和3年1月1日以降に終了した治療分)

《高槻市の“不妊に悩む方への特定治療支援事業”における助成金制度》

助成の対象者 ～次の要項のすべてを満たす夫婦が助成の対象です～

1. 申請日現在、夫婦のいずれかが高槻市に住所を有していること。
2. 治療開始日時点で法律上の婚姻関係にあることまたは事実婚の夫婦であること。
3. 指定医療機関で、特定不妊治療（体外受精または顕微授精）以外の治療法では妊娠の見込みがないか、または極めて少ないと医師に診断され、その治療を受けた夫婦であること。
(ただし、卵子採取以前に治療を中止した場合は助成対象となりません。)
4. 都道府県、政令指定都市もしくは中核市が実施する特定不妊治療費の助成（国の制度に基づく助成）を規定の回数以上受けていないこと。
5. 治療開始日時点の妻の年齢が43歳未満であること。

助成回数

助成制度の利用後に、出産された場合（自然妊娠や自費治療も含む）は助成回数をリセットすることができます（妊娠12週以降の死産も含みます）。この際、申請には別途書類の提出が必要になります。リセット後の助成回数の上限は、助成回数のリセットが行われた時点以降に初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢で判断します。

- ・初めて助成を受ける際の治療開始時(※1)の妻の年齢が40歳未満の方 ⇒ 6回まで
- ・初めて助成を受ける際の治療開始時(※1)の妻の年齢が40歳以上の方 ⇒ 3回まで

(※1) 補足；治療開始日とは、体外受精のためにブセレリンなどの点鼻薬を開始した日、または採卵周期の月経開始日となります。採卵周期前のプレマリン・ルトラルやプラノバルなどの投薬開始日とは異なります。

○申請を決めるまでの流れ

まず各自治体の発行する不妊に悩む方への特定治療支援事業申請案内を必ずご確認ください。

案内は高槻市・大阪府の方は当院でご用意できます。込み合う時期は取り寄せ中のこともございますので、その際はご容赦ください。

その他の地域にお住まいの方は、お住まいの地域の保健所・保健センター・市役所に取りに行ってくださいか、ホームページからダウンロードしてください。

治療内容で申請を迷われる方、相談をご希望の方は当院の助成金担当者による相談窓口を設けております。

お電話にてお問い合わせください。

また当院受付にても対応しておりますので、お尋ねください。

No. 283594		診療費請求書兼領収書		
診療日	平成31年 1月16日	発行日	平成31年 1月16日	
氏名	テスト 花子	様	保険種類 自費	
患者番号	00000002	診療	負担割合 10割 ※1	
初・再診料	点	円	自費	円
医学管理等	点	円	I V F	118,490円
			文書料	円

○申請を決めた後の流れ

各自治体に申請に行かれる前に当院にて

「特定治療支援事業受診等証明書」の記入が必要です。

以下の書類①と②を当院受付にご提出ください。

提出書類① 体外受精周期の領収書

IVF項目に金額の記載がある領収書 (右図(上)※1)
(コピーも可)

確定申告などで領収書を提出予定の方は予めコピーを取って下さい。当院への明細書の提出は不要です。明細書を領収書にホッチキスやクリップで止めておられる方は外してご提出ください。

提出書類② 医療機関記入の書類

特定治療支援事業受診等証明書 (右図(下))

様式第2号

高槻市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名 印

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

受診者	氏名	夫	妻
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	昭和 年 月 日 (歳)	昭和 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A または B の場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (うち男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください) (精子回収の有無) () 1. 有 2. 無		
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (うち男性不妊治療期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		

※1 治療期間については、採卵手術又は凍結胚移植を行うための採卵手術等を行った日から治療終了日までを記載してください
※2 治療方針に基づき、採卵手術後に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から記載してください

1. 妊娠成立 2. 妊娠に至らず 3. 治療中止 4. その他 ()

特定治療支援事業受診等証明書は作成に1ヶ月ほどお時間を頂いており、文書料として1通につき3300円(税込)を頂いております。また年度末は大変混み合うため、早めの提出をお願いいたします。
尚、証明書が出来上がりましても当院よりご連絡はいたしませんので通院のない方はお電話にてお問い合わせください。郵送の方は特定記録でのご郵送となります(郵送料390円)。詳しくは受付までお尋ねください。

○申請できる期間について

- ・ 申請は「治療が終了した日」の属する年度内となります(自治体により異なるためご自身でご確認ください)。
- ・ 「治療が終了した日」とは移植をした場合は妊娠の成立にかかわらず移植周期の妊娠判定日となります。
- ・ また、「採卵したが卵が採れなかった場合・採卵はできたが凍結に至らなかった場合・凍結はできたが長期間移植の予定がたたない場合」などは採卵周期のみでも助成対象となります。
この場合の「治療が終了した日」は、**卵が採れなかった場合は採卵日・凍結に至らなかった場合は胚の培養中止日・移植の予定が立たない場合は胚の凍結日**となります。
- ・ 詳しくは採卵周期後の胚説明の来院時に受付へお尋ねください。

ご注意!

- ・ 「治療が終了した日」を「卒院する日」「治療をやめた日」等とご理解され申請できなかったケースや申請期限が引越し前の自治体と引越し先の自治体では異なっていたため助成を受けられなかったケースがありましたのでくれぐれもご注意ください。
- ・ 申請方法・申請期限・助成対象者など申請条件が自治体により異なるため、**当院より申請のご案内のお声がけをすることはいたしておりません**。詳しくは各自治体にご確認ください。