

山口県不育症検査費助成事業申請書を 提出されるみなさまへ

1 対象となる検査

先進医療として国が告示している不育症検査。ただし、当該検査の実施医療機関として承認されており、且つ、保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限ります。

※ 該当する検査及び実施医療機関につきましては、厚生労働省ホームページ「先進医療を実施している医療機関の一覧」をご参照ください。

2 対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

(1) 既往流死産回数が2回以上の方

※ ただし、生化学的妊娠（化学流産）は含まない。

(2) 申請日に、県内（下関市を除く。）に住所を有している方

(3) 山口県不育症検査費助成事業検査受検証明書（別記第2号様式）に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため、集約・分析等を行うことについて同意している方

3 助成の内容

対象となる検査を終了した日の属する年度ごとに、検査に要する費用の一部に対して、1回の検査に係る費用の7割に相当する額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てる）を助成します。ただし、6万円を上限とします。

4 申請方法

・申請書等（「5 申請に必要な書類」を参照）を住所地の市町又は住所地の市町を管轄する健康福祉センターへ提出してください。

なお、郵送による提出も可能です。

・申請書等は、検査を受けた日の属する年度内に提出してください（消印有効）。

なお、当該年度の3月に検査を受けた方で、当月（3月）中に申請書等の提出が難しい場合に限り、翌月（4月）15日まで申請を受け付けます。

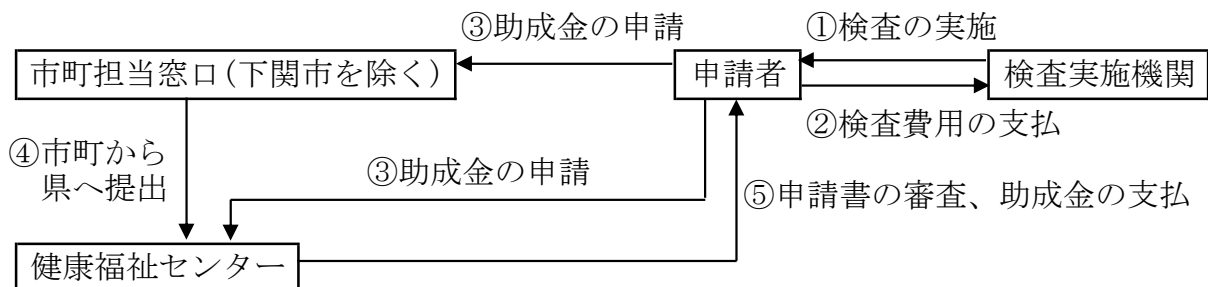
※ 期限を過ぎて申請書等を提出された場合、受け付けることができません。

※ 検査を受けた月日別の申請書等の提出期限

検査を受けた月日	申請書等の提出期限
当該年度の4月1日～2月末日	当該年度の3月31日（年度末）
当該年度の3月1日～31日	検査を受けた月の翌月（4月）15日※

※4/15が土・日曜日の場合は次の月曜日までとする

【申請の流れ】



5 申請に必要な書類

- ① 山口県不育症検査費助成事業申請書（別記第1号様式）
- ② 山口県不育症検査費助成事業検査受検証明書（別記第2号様式）
- ③ 住民票（1か月以内に発行されたもの）
- ④ 検査を実施した医療機関が発行した領収書（写し）
- ⑤ 必要に応じてその他の書類を求めることがあります。

～ 詳しくは、健康福祉センターまでお問い合わせください ～

記入例

別記第2号様式

不育症

受給者番号

医療機関発行の領収書添付箇所

令和 〇 年 〇 月 〇 日

山口県不育症検査費助成事業検査受検証明書

山口県知事様

(医療機関)住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号
名称 〇〇病院
主治医氏名 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記の者については、山口県不育症検査費助成事業の対象となる検査(流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査)を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。
(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者	氏名	(やまぐち はなこ) 山口 花子	生年 月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日(〇 歳)
既往流死産回数	3 回 ※今回の流死産を含む(助成金の対象者となるのは2回以上の場合)			
今回の妊娠における 不妊治療の有無	有り(治療期間	年 力月)	・ 無し	・ 不明
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有り(治療内容:) ・ 無し		
実施した先進医療 の検査	流死産検体を用いた遺伝子検査			
検査実施日	令和〇 年 〇 月 〇 日			
検査結果	所見無し(46,XX 46,XY)	・ 所見有り(内容:)	・ 分析不可
領収金額	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 〇〇〇,〇〇〇 円			