

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) 流産、死産の既往が合わせて二回以上ある方
※ 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) 不育症検査結果個票（別記第3号様式）を国に提出することに同意している方

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回の検査につき5万円を上限として助成します。

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。

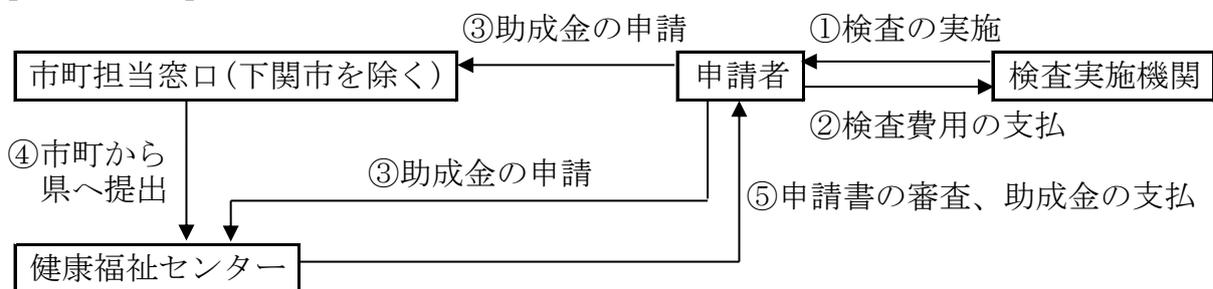
・申請書等は、検査を受けた日の属する年度内に提出してください（消印有効）。なお、当該年度の3月に検査を受けた方で、当月（3月）中に申請書等の提出が難しい場合に限り、翌月（4月）末まで申請を受け付けます。

※ 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）末

【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受検証明書（別記第2号様式）
- ③ 不育症検査結果個票（別記第3号様式）
- ④ 住民票（1か月以内に発行されたもの）
- ⑤ 検査を実施した医療機関が発行した領収書（写し）
- ⑥ 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1号様式

不育症

山口県不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。
また、山口県が市町村及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことに同意します。

	(ふりがな)	生年月日		
	氏名			
申請者	やまぐち はなこ 山口 花子	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)		
住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○市○○町○丁目○番○号 電話 ○○○ (○○○) ○○○○			
確認事項	検査費用について、市町村からの助成を受けていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている → 助成を受けた額 円			
申請額 金 50,000 円 ※検査費用から確認事項の「市町村から助成を受けた額」を差し引いた額をご記入ください。				
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		山口県知事様		
振込先	金融機関名	○○ <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行	○○ <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	ふりがな	やまぐち はなこ	口座番号 (右詰記入)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
申請受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
受給者番号				

(注) 太枠の中をご記入ください。

振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

(添付書類)

- 山口県不育症検査費助成事業受検証明書 (別記第2号様式)
- 不育症検査結果個票 (別記第3号様式)
- 住民票 (1か月以内に発行されたもの)
- 医療機関発行の領収書 (写し)

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山口県不育症検査費助成事業受検証明書

山口県知事様

(医療機関)住所 ○○県○○市○○町○番○号
名称 ○○病院
主治医氏名 ○○ ○○
電話番号 ○○○-○○○-○○○○

下記の者については、先進医療として告示された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。

(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 ○ 年 ○ 月 ○ 日(○歳)
実施した検査	流産検体を用いた染色体検査			
検査実施日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 検査費用 領収金額 ○○○, ○○○ 円			

※本票と合わせて、不育症検査結果個票(別記第3号様式)をご記入ください。

