



福岡市不育症検査費・治療費助成事業のご案内



保険診療の対象とならない不育症の検査や治療に要した費用の一部を助成します。

1 対象となる検査・治療

医療機関において不育症と診断され、医療保険各法に基づく給付の対象とならない下記の検査や治療に要した費用（入院費、食事代、交通費等治療に直接関係のない費用を除く。）。

検査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテイン I 複合体抗体
		抗カルジオリピン I g G抗体
		抗カルジオリピン I g M抗体
		ループスアンチコアグラント
		抗 P E I g G抗体
		抗 P E I g M抗体
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性
		プロテイン S 活性もしくはプロテイン S 抗原
		プロテイン C 活性もしくはプロテイン C 抗原
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
治療	夫婦染色体検査	
	絨毛染色体検査（流産物検査）	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）	
	低用量アスピリン療法	

2 対象者

次のすべての要件を満たす方

- （１）対象となる検査・治療の開始日において、法律上または事実上の婚姻関係にある夫婦であること。
- （２）対象となる検査・治療の開始日における妻の年齢が 43 歳未満であること。
- （３）対象となる検査・治療の開始日から申請日までの間、夫婦いずれかが継続して福岡市内に住所があること。
- （４）医療保険各法における被保険者、被扶養者等であること。

3 助成対象となる治療期間

対象となる検査・治療の開始日の属する月の初日から起算して 1 年間

4 助成額

1 夫婦あたり、対象となる検査や治療に要した費用のうち 1 / 2、5 万円を上限に助成

※ 1 円未満の端数がある時は切り捨て

5 助成回数

夫婦 1 組につき 1 回限り。対象期間中に複数の検査や治療を行う場合は、最後の検査または治療が終了した後
にまとめて申請してください。一度交付決定を受けた場合は、助成金の交付限度額に達していない場合でも再度申請
することはできません。

6 申請期限

助成対象となる不育症の検査や治療の最初の診療日の属する月の初日から起算して 1 年 3 か月以内

例：5 月 10 日が治療開始日の場合、翌年 7 月 31 日まで

（裏面に続く）

7 支払方法

検査・治療費(医療保険適用外)を一旦自己負担していただいた後に、申請に基づき届出口座に振り込みます。

8 申請方法及び問い合わせ先

福岡市ホームページから申請書類等の必要書類をダウンロードし、検査・治療終了後に下記まで郵送で申請してください。

福岡市 こども未来局 こども健やか課 母子保健係

住所：〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所13階

電話：092-711-4065

■必要書類

- ・福岡市不育症検査費・治療費助成事業申請書（様式第1号）
- ・福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）※医療機関に作成を依頼
- ・【法律上の婚姻関係にある夫婦】戸籍謄本（全部事項証明書）
※外国人同士の夫婦の場合、婚姻証明書
- ・【事実婚の関係にある夫婦】①両人の戸籍謄本または戸籍抄本 ②両人の住民票 ③申立書
- ・振込指定口座の通帳のコピー ※申請者名義（妻または夫）の普通口座

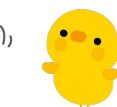


福岡市では、不妊や不育等に悩むご夫婦等の相談支援を行っています。
詳しくは下記までお問い合わせください。



■福岡市プレコンセプションケアセンター

住所：福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所地下1階
電話：080-3986-8872



R7年6月現在