

# 不育症検査助成事業



妊娠はするものの、2回以上の流産等を繰り返し、子どもを持ってないとされるいわゆる不育症について、検査によりリスク因子を特定し、適切な治療及び出産につなげることができるよう、不育症検査に係る費用の一部を助成します。

この事業における流産(不育症)とは、反復流産及び習慣流産のことを指しています。  
生化学的妊娠(化学流産)、着床不全は含みません。

## 助成対象範囲

○保健医療機関にて行った不育症検査(下記項目のみ)に要した費用

< 検査項目 >

- (1)子宮形態検査
- (2)内分泌検査
- (3)夫婦染色体検査
- (4)抗リン脂質抗体
- (5)血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査)
- (6)絨毛染色体検査
- (7)先進医療として告示された検査

※上記項目以外の検査及び不育症の治療に関する費用は対象外です。

また、不妊検査並びに一般不妊治療のための費用及び特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)のための検査費用並びに第三者を介する検査や治療は対象外です。

※文書代や出産に係る費用など、不育症検査に直接関係のない費用については対象外です。

※保険医療機関とは、保険診療を行う病院・診療所です。

## 助成対象期間

○検査開始日から1年間にかかった費用を助成します。

夫婦で検査をされた場合は、それぞれの検査開始日のいずれか早い日から起算します。

ただし、夫の検査の有無は必須条件とはなりません。(妻のみの検査で申請可能です。)

## 申請期限

○検査終了日から6か月以内です。

## 助成内容

○不育症検査に要した費用について、5万円を上限として助成します。

※助成回数は、検査項目(1)～(6)の場合、検査開始日の妻の年齢が43歳未満である夫婦1組につき通算1回です。

○令和4年12月1日以降に実施した「先進医療として告示された不育症検査」に限り、下記の助成要件が適用されます。

- ・検査開始日における妻の年齢は問いません。(通常は43歳未満。)
- ・助成回数に制限はありません。(通常は1回のみ。)
- ・助成金額が、検査費用の7割(千円未満切り捨て、上限6万円)となります。

「先進医療として告示された不育症検査」が実施できる医療機関は限られます。厚生労働省のホームページでご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan02.html>

○他の自治体で助成を受けていた場合、本事業の助成対象とならないことがあります。

## 対象要件

・次の1から4までの全ての要件を満たすことが必要です。

	要件	備考
1	<p>&lt;法律婚の方&gt; 検査開始日から申請日までの間、夫婦いずれかが継続して都内に住民登録をしていること。</p> <p>&lt;事実婚の方&gt; ①検査開始日から申請日までの間、夫婦が継続して都内の同一住所に、「同一世帯」として住民登録していること。 ②住民票の続柄に「未届」の関係であることが記載されていること(夫(未届)、妻(未届)等)。 ③検査開始日から申請日までの間、他に法律上の配偶者がいないこと。</p>	<p>&lt;法律婚の方&gt; 夫婦いずれかが都外在住の場合、申請者は都内在住の方としてください。</p> <p>&lt;事実婚の方&gt; ①から③までの要件を全て満たす方。 ※検査の開始日より前に「事実婚の届出をしていること」が必要です。</p>
2	検査開始日における妻の年齢が43歳未満(通算1回)であること。 (7)の検査(先進医療として告示された不育症検査)については、年齢・回数は問わない。	夫婦で検査をされた場合は、それぞれの検査開始日のいずれか早い日が基準となります。
3	助成対象期間内に保険医療機関において助成対象の検査を受けていること。	夫の検査の有無は問いません。
4	2回以上の流産若しくは死産の既往があること又は医師に不育症と判断されたこと。	医療機関の証明が必要です。 (不育症検査事業受診等証明書による)

## 必要書類

	必要書類	備考
1	不育症検査医療費助成申請書(原本)	・申請者・配偶者が記入してください。
2	不育症検査助成金請求書	・請求者の方の口座を記載してください。 ・同じ認印を3か所に鮮明に押印してください。
3	不育症検査助成事業受診等証明書(原本)	・夫婦が別の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの証明書が必要です。
4	住民票(原本)	・申請日から3か月以内に発行されたものに限りです。 ・個人番号(マイナンバー)以外すべてが記載されたものをご提出ください。
5	戸籍謄本(全部事項証明)(原本)	・申請日から3か月以内に発行されたものに限りです。
6	通帳のコピー	・申請者・請求者名義の口座です。 ・東京都の公金取扱金融機関を指定してください。 東京都公金を納付できる金融機関一覧 <a href="https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/koukinshuunou.htm">https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/koukinshuunou.htm</a>
7	戸籍の附票(全部証明)(原本) 検査開始日と申請日時時点で住所が異なる場合は必要です。	・該当者のみ ・申請日から3か月以内に発行されたものに限りです。

## 申請先・問い合わせ先

八王子市保健所 保健対策課 〒192-0046 八王子市明神町3-19-2 5階 ☎042-645-5162  
・検査項目(1)～(6)は東京都独自の助成であるため、東京都から連絡をすることがあります。