

(案)

福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業実施要綱

（通則）

第1条 この要綱は、福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成金の給付について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 この事業は生殖補助医療等に要する費用の一部を助成することにより、夫婦の経済的負担の軽減を図り、生殖補助医療等を受ける機会を増やすことを目的とする。

（実施主体）

第3条 この事業の実施主体は、福井県とする。ただし、県が適切と認めた者に委託等を行うことができるものとする。

（定義）

第4条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 生殖補助医療 体外受精および顕微授精をいう。
- (2) 先進医療 厚生労働大臣が先進医療として告示した技術をいう。
- (3) 生殖補助医療等 生殖補助医療または先進医療およびそれと組み合わせて実施される生殖補助医療をいう。
- (4) 審議中の技術 先進医療会議（厚生労働省が先進医療を実施可能な保険医療機関の要件設定等を行うため、医療技術の審査等を行うことを目的として設置した先進医療会議をいう。以下同じ。）において審議が行われている技術をいう。
- (5) 治療期間の初日 採卵準備または移植準備のための「薬品投与」の開始等の日をいう。
- (6) 1回の治療 採卵準備または移植準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの生殖補助医療の実施の一連の過程をいう。

（対象者）

第5条 この事業の対象者は、次に掲げる要件をすべて満たす者とする。

- (1) 法律上の婚姻をしている、または事実婚の夫婦であって、公益社団法人日本産科婦人科学会に登録された医療機関（以下「日本産科婦人科学会登録医療機関」という。）において、次条に規定する治療等を受けたものであること。
- (2) 生殖補助医療等以外の治療法によって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た者であること。
- (3) 申請日において、夫または妻のいずれか一方もしくは両方が福井県内に

住所を有する者であること。

(4) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満の者であること。

(対象となる治療等)

第6条 この事業の助成対象となる治療は、日本産科婦人科学会登録医療機関で受けた生殖補助医療等であって、別表の左欄に掲げるものとする。ただし、次に掲げる不妊治療は、助成の対象としない。

(1) 夫婦以外の第三者から精子、卵子または胚の提供を受けた不妊治療

(2) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したこと等により、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産することをいう。）による不妊治療

(3) 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産することをいう。）による不妊治療

2 医師の判断に基づき、やむを得ず中止した生殖補助医療等についても、助成の対象とする。

3 生殖補助医療のうち精子を精巣または精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）は、助成の対象とする。

(対象となる費用)

第7条 この事業の助成対象となる費用は、前条に定める治療に要した費用のうち助成対象者が負担した額（以下「助成対象費用」という。）（高額療養費制度等の対象となる場合にあつては、高額療養費等の還付後の自己負担額。以下同じ。）とする。

2 他の医療費助成制度により既に助成を受けた金額は、助成対象費用から控除する。

(婚姻関係の確認手法)

第8条 法律婚の場合は、夫婦両人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。

2 事実婚の場合は、次の各号に掲げるすべての書類の提出を求め、確認することとする。

(1) 夫婦両人の戸籍謄本（重婚でないことの確認）

(2) 夫婦両人の住民票（同一世帯であるかの確認）

(3) 事実婚関係に関する申立書・意向確認書（様式第7号）

(助成金額および助成回数)

第9条 この事業の助成金額および助成回数は、別表の左欄に掲げる治療の区に応じ、それぞれ同表の中欄および右欄に定めるとおりとする。

(助成申請兼実績報告および請求)

第10条 助成を受けようとする者は、申請書兼実績報告書兼請求書(様式第1号または第5号)に受診等証明書(様式第2号または第6号)その他知事が必要と認める書類を添えて、生殖補助医療等が終了した日の翌日から起算して7月を経過する日までに、知事に申請するものとする。ただし、やむを得ない事由があるときは、この限りでない。

(承認決定および交付決定兼額の確定)

第11条 知事は、前条第1項に規定する申請書兼実績報告書兼請求書を受理した後、速やかに申請内容の確認を行い、助成の可否を決定し、その結果を申請者に不妊治療(生殖補助医療)費助成承認決定通知書(様式第3号)または不妊治療(生殖補助医療)費助成不承認決定通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(助成金の返還)

第12条 知事は、虚偽の申請その他の不正行為によって助成金の給付を受けた者に対し、助成金の全部または一部を返還させるものとする。

(関係者の協力)

第13条 知事は、本事業の円滑な実施を図るため、関係団体等との連携を密にするものとする。

(広報活動等)

第14条 知事は、不妊治療全般に携わる保健医療関係者等に対し、本事業の趣旨を周知徹底し、積極的な協力を求めて効率的な運営を図る。

(適切な事業の運用等)

第15条 知事は、申請や助成の状況を明確にするため、不妊治療(生殖補助医療)費助成事業台帳を整備し、その状況を記録、管理するものとする。

2 知事は、本事業を適切に運用するため、日本産科婦人科学会登録医療機関に対して必要な報告を求めることができる。

(その他)

第16条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。

附則

1 この要綱は令和8年 月 日から施行し、令和8年10月1日以降にした申請から適用する。

2 福井県特定不妊治療費助成事業実施要綱に定める様式による用紙は、当分の間、申請のために使用することができる。

別添

| 治療内容 | 排卵まで | | | 採精 (夫) | 受精 (前培養・媒精 (顕微授精)・培養) | 胚移植 | | | | | | 妊娠の確認 (胚移植の概ね二週間 後) |
|------|---------------------------------|--------------------------------|----|-----------|-----------------------------|-------|-------------|-------|-------------------------------------|-----|-------------|---------------------------|
| | 薬品投与(点鼻薬) (自然周期で行う 場合もあり) | 薬品投与(注射) (自然周期で行う 場合もあり) | 採卵 | | | 新鮮胚移植 | | 胚凍結 | 凍結胚移植 | | | |
| | | | | | | 胚移植 | 療法 黄体期補充 | | 薬品投与 (点鼻薬)(自然 周期で行う場合 もあり) | 胚移植 | 療法 黄体期補充 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 14日 | 10日 | 1日 | 1日 | 2~5日 | 1日 | 10日 | | 7~10日 | 1日 | 10日 | 1日 | |
| A | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | |
| H | | | | | | | | | | | | |

別表（第6条および第9条関係）

| 助成対象治療 | 助成金額 | 助成回数 |
|--|--|---|
| 1 保険診療で実施される生殖補助医療（保険適用されている生殖補助医療を保険診療として実施している保険医療機関において実施されるものに限る） | 助成対象費用に2分の1を乗じた額または助成対象費用から6万円を減じた額のいずれか高い金額 | 保険診療で実施された胚移植術の回数が、初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における妻の年齢が40歳未満である場合は1子につき6回（40歳以上である場合は1子につき3回）に達するまで |
| 2 先進医療（当該技術の実施機関として承認されている保険医療機関において実施されるものに限る）およびそれと組み合わせて保険診療で実施される生殖補助医療（保険適用されている生殖補助医療を保険診療として実施している保険医療機関において実施されるものに限る） | 助成対象費用に2分の1を乗じた額または助成対象費用から6万円を減じた額のいずれか高い金額 | 保険診療で実施された胚移植術の回数が、初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における妻の年齢が40歳未満である場合は1子につき6回（40歳以上である場合は1子につき3回）に達するまで |
| 3 次に掲げる技術と組み合わせて実施される生殖補助医療（保険適用されている生殖補助医療を保険診療として実施している保険医療機関において実施される生殖補助医療であって、保険診療の適用回数終了前のものに限る。また、次に掲げる技術と組み合わせなかった場合に、上記1の助成対象治療となるものに限る） （1）国で審議中の技術 （2）先進医療として告示されている技術であって、その実施機関として承認されていない保険医療機関において実施されるもの | 助成対象費用に20分の17を乗じた額または助成対象費用から6万円を減じた額のいずれか高い金額 | 年度内1回まで |
| 4 別添のA～Hの治療であって、保険診療の適用回数終了後の生殖補助医療（ただし、保険診療の適用回数終了前であれば上記1の助成対象治療となるものに限る） | 助成対象費用に20分の17を乗じた額または助成対象費用から6万円を減じた額のいずれか高い金額 | 年度内3回まで。ただし、採卵に至らない治療（別添のGおよびHの治療）は、前記回数のほか年度内3回まで。 |

- (注1) 助成金額について、中欄に定める額に1円未満の端数が生じる場合は、これを切り捨てるものとする。
- (注2) 先進医療について、治療期間の初日において先進医療として告示されている技術に限る。
- (注3) 審議中の技術について、治療期間の初日において先進医療会議において審議が行われている技術に限る。
- (注4) 別表3および4の治療について、国で審議中の技術や先進医療として告示されている技術に要する費用は助成対象外とする。
- (注5) 生殖補助医療を行うに当たり、男性不妊治療を併せて行った場合は、中欄に定める助成額に加え、1回の治療につき中欄に定める額を助成する。この場合において、左欄中「生殖補助医療」とあるのは「男性不妊治療」と読み替えるものとする。

福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成申請書兼実績報告書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（生殖補助医療）費の助成を申請するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。

記

| | | |
|--|---|---|
| | (ふりがな) 氏名 | 生 年 月 日 |
| 夫 | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 妻 | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 住所(※1) | 〒 電話 () | |
| 住所(※2) (夫・妻) | 〒 電話 () | |
| 今回の治療内容 <small>該当する番号に○を付けてください。</small> | 1. 保険診療で実施される生殖補助医療 2. 先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される生殖補助医療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される生殖補助医療 4. 保険適用回数終了後の生殖補助医療 | |
| 今回申請する治療費に対する高額療養費および付加給付の有無(※3) | 高額療養費 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | 付加給付 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | ※該当するものに☑をしてください。 | |
| 申請額 (請求額) | 今回の治療にかかった自己負担額 金 _____ 円 申請額(請求額) 金 _____ 円 <small>※申請額(請求額)の記入にあたっては、裏面の算定方法によってください。</small> | |
| 申請・請求者氏名(発行責任者および担当者) (口座名義人と同じ) _____ 年 月 日 | | |
| 福井県知事 様 | | |

注1) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注2) 治療の終了した日の翌日から起算して7月を経過する日までに申請してください。

注3) ※3: 助成決定後に高額療養費や付加給付があった場合、助成金の一部を返還していただくこととなります。

<添付書類>

- ① 医療機関の受診等証明書
- ② 生殖補助医療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 福井県内に住所を有していることが証明できる書類
- ④ 夫婦であることが証明できる書類
- ⑤ その他知事が必要と認める書類

様式第2号

福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないかまたは、極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------|--------------------------|---------------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢 | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療方法 該当する記号等に ○を付けてください | 裏面の注をご参照ください A B C D E F G H | | 1. 体外受精 2. 顕微授精 | 1. 妊娠あり 2. 妊娠なし |
| 今回の治療期間 ※1 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| 保険適用回数 の状況 (今回の治療を含む) | 保険診療で実施された胚移植術の回数 () 回目 ※下記治療内容3または4の場合、これまで保険診療で実施された胚移植術の回数 初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における妻の年齢 () 歳 | | | |
| 今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。 | 1. 保険診療で実施される生殖補助医療 2. 先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される生殖補助医療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される生殖補助医療 4. 保険適用回数終了後の生殖補助医療 | | | |
| 今回実施した 先進医療または 審議中の技術の内容 | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A/SR) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak) () | | | |
| 領収金額 ※2 | [今回の治療にかかった本人負担額の合計] 領収金額 _____ 円 ※入院費および食事は対象外 ※上記治療内容1で申請する場合、自費診療分は対象外 ※上記治療内容2で申請する場合、先進医療以外の自費診療分は対象外 ※上記治療内容3または4で申請する場合、審議中の技術や先進医療等に要する自費診療分は対象外 | | | |
| 本人負担等の内訳 | 保険診療分 (限度額適用認定証を利用した月は <input checked="" type="checkbox"/>) | | 自費診療分 | |
| | 区分 | 負担金額 | | 負担金額 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| 当医療機関以外での 検査・治療の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 医療機関名称 | | | |

- ※1) 治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始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) 治療内容3および4の申請について、厚生労働省において国で審議中の技術や先進医療として告示されている技術と組み合わせて自費診療の生殖補助医療を実施した場合、国で審議中の技術や先進医療として告示されている技術等に要する費用は助成の対象外です。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
- G 卵胞が発育しない、または排卵終了のため中止
- H 採卵準備中、体調不良等により治療中止

第 年 月 日
第 年 月 日

様

福井県知事

不妊治療（生殖補助医療）費助成承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療（生殖補助医療）費の助成について承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

助成金額 金 _____ 円（うち補助金額 _____ 円）

（生殖補助医療受療期間 _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで）

第 年 月 日
第 年 月 日

様

福井県知事

不妊治療（生殖補助医療）費助成不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療（生殖補助医療）費の助成について、不承認としたので通知します。

不承認とした理由 _____ のため

福井県精巣内精子採取術費用助成申請書兼実績報告書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。

記

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| | (ふりがな) 氏名 | | 生年月日 |
| 夫 | | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 妻 | | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 住所(※1) | 〒 電話 () | | |
| 住所(※2) (夫・妻) | 〒 電話 () | | |
| 今回申請する治療費 に対する高額療養費 および付加給付の有 無 | 高額療養費 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | ※該当するものに☑を してください。 |
| | 付加給付 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| 申請額 (請求額) | 今回の治療にかかった自己負担額 金 _____ 円 | | |
| | 申請額 (請求額) 金 _____ 円 ※申請額(請求額)の記入にあたっては、裏面の算定方法によってください。 | | |
| 申請・請求者氏名(発行責任者および担当者) (口座名義人と同じ) _____ | | | |
| 年 月 日 福井県知事 様 | | | |

注1) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注2) 治療の終了した日の翌日から起算して7月を経過する日までに申請してください。

<添付書類>

不妊治療(生殖補助医療)費(様式第1号)と併せて申請する場合、③~⑤は写しを添付してください。

- ① 医療機関の受診等証明書
- ② 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 福井県内に住所を有していることが証明できる書類
- ④ 夫婦であることが証明できる書類
- ⑤ その他知事が必要と認める書類

様式第6号

福井県精巣内精子採取術受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないかまたは、極めて少ないと思われるため、生殖補助医療に至る過程の一環として精巣内精子採取術を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | | 昭和 年 月 日 (歳) | | 昭和 年 月 日 (歳) |
| 実施医療機関の名称 および所在地※1 | | | | |
| 今回の治療方法 | | | | |
| 今回の治療期間※2 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| 領収金額 | [今回の治療にかかった本人負担額の合計] 領収金額 _____ 円 | | | |
| 本人負担等の内訳 | 保険診療分（限度額適用認定証を利用した月は☑） | | | 自費診療分 |
| | 区分 | 負担金額 | | 負担金額 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |
| | 年 月分 | 円 | <input type="checkbox"/> | 円 |

※1) 受診証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

※2) 治療期間については、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

(注) 日本産科婦人科学会登録医療機関Aの医師が行う生殖補助医療に至る過程の一環として、Aの医師の指導に基づき、他の医療機関において精巣内精子生検採取法（T E S E）等を行った場合、受診等証明書はAの主治医が作成する。

事実婚関係に関する申立書・意向確認書

____年 ____月 ____日

下記二名については、事実婚関係にあります。
また、不妊治療の結果、出生した子について認知を行う意向があります。

- ① 福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

【別世帯になっている理由】

※①と②が別世帯となっている場合に記入

福井県知事

様