不育症検査、治療助成金額及び回数

不育症に悩む方の経済的負担を軽減するため、検査費及び治療費の一部を助成しています。

対象費用（自己負担額）に2分の1を乗じて得た金額 ※上限5万円

例：検査費用（自己負担額）：70,000円、治療費用（自己負担額）：20,000円の場合

$$(70,000円+20,000円) \times 1/2 = \underline{45,000円} \text{ (助成金額)}$$

助成回数は一夫婦あたり、1回限り

助成対象者

- ・ 夫婦のいずれか若しくは両方が、助成の対象となる不育症の検査及び治療の最初の診察日から申請日まで継続して福岡県内（北九州市、福岡市、久留米市を除く。）にお住まいの方
- ・ 助成の対象となる不育症の検査及び治療の最初の診察日における妻の年齢が43歳未満の方
- ・ 助成の申請をする最初の不育症の検査及び治療の開始時に夫婦である方（事実婚含む。）
- ・ 2回以上の流産、死産の既往があり、医師に不育症と診断された方

※最初の診療日の属する月から起算して1年間の検査・治療が対象となります。

※2022年4月1日以降に実施された検査・治療が対象となります。

2022/3/1
検査①実施

2022/4/1
検査②実施

2022/11/1
治療開始

2022/3/31

2022/6/30
治療終了

助成対象外	助成対象（1年間）	助成対象外
-------	-----------	-------

助成対象の検査・治療

医療保険適用外（全額自己負担）の下表の不育症の検査及び治療

検査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 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
		A P T T（活性化部分トロンボプラスチン時間）
夫婦染色体検査		
絨毛染色体検査（流産物検査）		
治療	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	

提出書類

①、②、⑥の様式は県ホームページからダウンロード

①	福岡県不育症検査費・治療費助成事業申請書
②	福岡県不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書
③	医療機関発行の当該検査・治療に係る領収書（原本）
④	夫婦二人の住民票（写）（発行日から3か月以内。事実婚の場合はそれぞれ必要。）
⑤	夫婦二人の戸籍謄本（発行日から3か月以内。法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は、省略可。）
⑥	（事実婚夫婦のみ）夫婦二人の事実関係に関する申立書（同一世帯でない場合、その理由について記載すること）
⑦	振込依頼書（申請窓口にお問い合わせください。）
⑧	振込口座等が確認できる書類（通帳の写し等）