

子家第 870 号  
令和3年11月5日

山形県医師会会長  
○山形県産婦人科医会会長  
山形県産科婦人科学会会長  
山形県不妊専門相談センター長  
殿

山形県しあわせ子育て応援部子ども家庭支援課長

山形県不育症検査費用助成事業実施要綱の制定について（通知）

本県母子保健事業の推進につきましては、日ごろ御理解と御協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

このことについて、別添のとおり制定しましたので、適切な運用に御配慮くださるようお願いいたします。

なお、別途産婦人科医療機関あて通知しておりますことを申し添えます。

【担当】

山形県しあわせ子育て応援部  
子ども家庭支援課  
母子保健担当 松田  
電話:023-630-2260



子家第 870 号  
令和 3 年 11 月 5 日

各産婦人科医療機関の長 殿

山形県しあわせ子育て応援部子ども家庭支援課長

山形県不育症検査費用助成事業実施要綱の制定について（通知）

本県母子保健事業の推進につきましては、日ごろ御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このことについて、別添のとおり制定しましたので、適切な運用に御配慮くださるようお願いいたします。

**【担当】**

山形県しあわせ子育て応援部子ども家庭支援課  
母子保健担当 松田  
電話：023-630-2260

## 山形県不育症検査費用助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、「母子保健医療対策総合支援事業実施要綱（平成17年8月23日付け雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）」に基づき、現在、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

### (実施方法)

第2条 この事業は、県が実施主体となり、予算の範囲内で、次条に定める対象者が第4条に定める実施機関において第5条に定める検査に要した費用の一部を助成することにより行うものとする。

### (対象者)

第3条 この事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 2回以上の流産、死産の既往があること。
- (2) 山形県内（山形市を除く。）に住所を有すること。

### (実施機関)

第4条 助成対象となる実施機関は、先進医療として告示されている不育症検査の実施機関として承認されている保険医療機関とし、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とする。

### (対象となる検査及び助成額)

第5条 この事業の対象となる検査は、先進医療として告示されている不育症検査とし、令和3年4月1日以降に検査を終了したものとする。

- 2 助成額は1回の検査につき5万円又は検査費用のうち、少ない方の金額とする。

### (助成の申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者は、原則として、検査が終了した日の属する年度の3月末日まで（当該年度の2月又は3月に検査を終了した場合には4月末日まで）、住所地を管轄する保健所を経由して、不育症検査費用助成事業申請書（様式第1号）を知事に提出しなければならない。

- 2 申請には、申請書様式に定める必要な関係書類を添付するものとする。
- 3 当該年度の助成対象か否かについては申請が行われた日を基準とする。

### (助成の決定)

第7条 知事は、前条の申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、速やかに助成の適否を決定するものとし、助成を決定したときは、申請者に通知するとともに、口座振込の方法により助成金を交付する。

- 2 審査の結果、助成しないことを決定したときは、申請者に通知する。

(助成金の返還)

第8条 知事は、この要綱の違反その他不正な行為により助成金の交付を受けた者がいるときは、その者から助成した額の全部又は一部を返還させることがある。

(助成台帳)

第9条 知事は、助成状況を明確にするため、不育症検査費用助成事業台帳（様式第4号）を備え付ける。

(その他)

第10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

この要綱は、令和3年11月5日から施行する。

## 不育症検査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

山形県不育症検査費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。  
なお、本申請の審査に必要な範囲で、医療機関等に申請内容の確認を行うことに同意します。  
また、本申請に係る治療は、他都道府県等（政令指定都市及び中核市を含む）が実施する不育症検査費用助成事業による助成を受けたものではありません。（注）太枠のなかを記入してください。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
申請者	( )	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 山形県	電話 ( )
書類送付先 ※1	〒	
申請額 (50,000円または検査費用のうち、少ないほうの金額) 金 _____ 円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 口座名義人(カタカナ) (申請者と同一)
	口座番号	(左詰で記入してください)
※1 決定通知書等送付先は、原則申請者の住所です。送付先を変更する場合のみ、記入してください。		保健所 受付印

## 添付書類

- 「不育症検査費用助成事業受検証明書（申請書別記様式第1号）」（医療機関記入）（医療機関発行の領収書及び診療明細書を添付してください）
- 「不育症検査結果個票（申請書別記様式第2号）」（医療機関記入）
- 申請者の住所を確認できる書類（住民票抄本）
- 通帳の写し

## 不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）に関する説明書

本個票により、検査結果等を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があります。

国への報告時、受検者氏名及び実施医療機関名は秘匿とされ、個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

## 以前にお住まいの自治体に受給歴について確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、検査1回あたりの支給回数は1回と決められています。今回の検査日以降に転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

(申請書別記様式第1号)

## 不育症検査費用助成検査受検証明書

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とおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

電話番号 ( )

(下記をご確認の上、□にチェックをいれてください。助成を受けるには2項目ともチェックが必要です。)

- 下記の受検者について、今回の妊娠を含めて2回以上の流産(生化学流産を含まない)、死産の既往がある。
- 下記の受検者について、保険適用されている不育症の診療、治療または検査を当医療機関で保険診療として実施している。

(ふりがな) 受検者	氏名 ( )	生年 月日	昭和・平成 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		
領収年月日	[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		

(注) この証明書は、医療機関が作成してください。

医療機関は、申請書別記様式第2号「不育症検査結果個票(流産検体を用いた染色体検査)」を併せて作成し、添付してください。

医療機関の領収書及び診療明細書(原本)を添付してください。

(申請書別記様式第2号)

不育症検査結果個票 (流産検体を用いた染色体検査)

受検者氏名： \_\_\_\_\_ 実施医療機関名： \_\_\_\_\_

※ 国への報告時は秘匿

※ 国への報告時は秘匿

領収金額： \_\_\_\_\_ 円 ※ 医療機関が受検者から検査費用として領収した額

- 流産絨毛染色体分析結果
  - 所見なし (46, XX 46, XY)
  - 所見あり (内容： \_\_\_\_\_)
  - 分析不可 (増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など)
- 母親年齢 (\_\_\_\_歳) 父親年齢 (\_\_\_\_歳)
- 既往妊娠回数  
妊娠 \_\_\_\_回 (今回を含む)  
( 生産 \_\_\_\_回、生化学的妊娠 (化学流産) \_\_\_\_回、  
流産 (生化学的妊娠を含まない) \_\_\_\_回、異所性妊娠 (子宮外妊娠) \_\_\_\_回 )
- 不妊治療の有無 (有・無・不明)、有りの場合不妊期間 (\_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月)
- 抗リン脂質抗体症候群の有無 (有・無・不明)
  - ◇ 今回の妊娠での治療
    - 治療なし
    - 低用量アスピリン療法
    - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
    - その他の治療 (内容： \_\_\_\_\_)
- 子宮形態異常 (子宮奇形) の有無 (有・無・不明)
  - ◇ 有の場合
    - 子宮鏡下中隔切除術施行
    - その他の治療 (内容： \_\_\_\_\_)
    - 治療なし
- 甲状腺機能異常の有無 (有・無・不明)
  - ◇ 有の場合
    - 治療あり (内容： \_\_\_\_\_)
    - 治療なし
- 血栓性素因の有無 (有・無・不明)
  - ◇ 有りの場合
    - ProteinS 欠乏症
    - ProteinC 欠乏症
    - 第XII因子欠乏症
  - ◇ 今回の妊娠での治療について
    - 治療なし
    - 低用量アスピリン療法
    - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
    - その他の治療 (内容： \_\_\_\_\_)

※ 本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名： \_\_\_\_\_

報告No： \_\_\_\_\_

