

令和8年度前橋市不妊治療費助成事業における助成対象（医療機関向け）

※別添も併せて参照してください。

1 医療機関の要件

(1) 保険医療機関のうち、治療種別により以下の通り

治療種別	治療内容	医療機関の要件
A 一般不妊治療	人工授精以外	婦人科、産婦人科または泌尿器科を標榜
	人工授精	治療内容により、「一般不妊治療管理料の届出」、「生殖補助医療管理料の届出」の算定要件及び施設基準を満たしていること
B 生殖補助医療	採卵～移植	
C 男性不妊治療	精巣内精子採取術	精巣内精子採取術の届出の算定要件及び施設基準を満たしていること

(2) 主治医の専門外の不妊症に関連のある検査等の実施のために、主治医が紹介した保険医療機関

2 助成対象となる医療範囲

以下の(1)①～④又は(2)⑤～⑨に当てはまるものだけが対象となります。

(1) 保険診療による、以下に係る治療費

① 不妊症診断前の原因検索における診察や、生化学検査、ホルモン検査、感染症検査、超音波検査、精液検査等。ただし、不妊症の原因検索により不妊症としての A 一般不妊治療、B 生殖補助医療又は C 男性不妊治療を開始した場合に限る。

【①における対象外の例】一例として以下の通り。

- ・原因検索の結果、不妊治療が必要でなかった場合や、経過観察となった場合における診察・検査等
- ・原因検索の結果判明した、妊娠前に治療しておくべき疾患（子宮筋腫、子宮内膜ポリープ、甲状腺疾患等）の医療費
- ・医師の判断で健康状態を検査するために自費として実施した検査（ブライダルチェック、プレコンセプション健診、妊娠前夫婦遺伝子検査等）の費用

② A一般不妊治療（薬物療法・タイミング法・人工授精、精索静脈瘤等の手術）、B生殖補助医療（採卵・採精・体外授精・顕微授精・培養・胚の凍結保存・維持管理料・移植、体外・顕微授精を目的とした高度乏精子症における射出精子凍結保存・維持管理料）、C男性不妊治療（B生殖補助医療に伴う精巣内精子採取術及びこれに伴い実施した精子凍結保存・維持管理料）及びAからCに付随する各種検査並びにA、Bにおける妊娠判定検査（1クール1回限定）

③ 不妊の原因となる疾患の検査・治療（治療の影響による合併症や、不妊治療開始後に新たに形成されたポリープの切除・ホルモン剤の影響で増大し不妊を回避するために不可欠な子宮筋腫の摘出等）。

④ 主治医の専門外の不妊症に関連のある検査のために、主治医により紹介された保険医療機関で実施する検査費用及び一時的な治療（継続的な治療等を必要とした場合の治療費は含まない）

【②から④における対象外の例】一例として以下の通り。

- ・不妊の原因としての因果関係はあるが、不妊治療の影響による罹患ではない疾患に対する治療（甲状腺疾患、糖尿病など）
- ・不妊治療期間中に別の疾患として実施した保険診療や処方（急性呼吸器感染症など）
- ・入院時の食事療養費
- ・妊娠判定後の一切の医療費
- ・他自治体において助成を受けた医療費

(2) 自由診療（自費診療）による、以下に係る費用

⑤ 不妊症診断前の原因検索における検査。ただし、不妊症の原因検索により不妊症としての A から C の不妊治療を開始した場合にのみ対象とする。

⑥ 医療機関が必要とする検査（妊娠検査を含む。また、検査に必要な特殊カテーテル、採精容器・採精室利用料等を含

む)。ただし、遺伝子検査は、国や学会が認定している施設や対象者の実施に限る。

- ⑦ 治療の過程で選択した先進医療に要した費用（当該医療機関の届出済のものに限る）
- ⑧ 年齢超過や移植回数超過の理由により自由診療となったAからCの不妊治療
- ⑨ オーダーメイドの検査、薬物療法を含む治療を選択したことにより、全額自由診療となった不妊治療

【⑤から⑨における**対象外**の例】一例として以下の通り

- ・原因検索の結果、不妊治療が必要でなかった場合や、経過観察となった場合における診察・検査等
- ・ブライダルチェック、プレコンセプション健診
- ・麻疹・風疹抗体価検査代、各種ワクチン接種費用
- ・健康食品、特定機能食品、サプリメント代
- ・医師の処方外による医薬品や診療材料費
- ・国や学会等の公的な指針に反する検査や治療
- ・鍼灸治療費、温熱療法等
- ・入院時の差額ベッド代
- ・カウンセリング・相談料
- ・成功報酬、文書代
- ・保険資格の確認ができないことにより自費となった一切の治療費等
- ・他自治体において助成を受けた医療費
- ・妊娠判定後の一切の医療費

3 医療機関の皆さまへ、証明書記入にあたってのご協力をお願い

領収書に記載された合計額と証明書に記載された治療費の合計額に相違がある場合や、治療費助成の対象範囲について疑義が生じた場合には、申請者及び医療機関へ確認の連絡をさせていただくことがあります。

事前に下記の点についてご協力いただけますと、照会の必要が減り、医療機関・申請者双方のご負担軽減につながります。

可能な範囲でご協力くださいますようお願いいたします。

なお、すでにご協力をいただいている医療機関の方につきましては、今後ともご協力の程どうぞよろしくご協力いたします。

ご協力いただきたい事項

- ・治療費合計額の記載にあたって
治療費助成の対象外とした検査・治療・処方薬等がある場合は、証明書や領収書・明細書において合計額から除外した「項目・金額」が分かるような処理をお願いします。
例) 各明細書上において除外項目を取消線等で示したうえで、各領収書上（明細書の取消項目近くでも問題ございません）に「対象外 5,500 円」等と除外金額を明記。
例) 証明書の空いているスペースに、「1月26日の領収分のうち、対象外 5,500 円（麻疹・風疹抗体価検査代）」等と明記
- ・適応外使用や標準治療以外の実施内容の記載について
医師が不妊治療として必要と判断し、薬価収載済み医薬品の適応外使用を行う場合や、標準治療以外の治療・検査を行う場合には、証明書の「治療内容」欄に具体的にご記載ください。

4 助成対象額にかかわる留意点

- ・申請者による助成金申請時において、証明書の金額と、申請者が提出した領収金額が一致しない場合には、証明金額又は領収金額のうちいずれか低い金額を助成対象額として扱わせていただきますのでご承知おきください。
- ・明細のない領収金額分は、助成対象額から除外いたしますのでご承知おきください。

