

## 品川区一般不妊治療に係る医療費助成事業実施要綱

	制 定	平成18年3月31日	
	平成18年	4月	要綱第45号
改正	平成18年	10月	要綱第133号
改正	平成19年	4月	要綱第70号
改正	平成20年	7月	要綱第109号
改正	平成21年	3月	要綱第83号
改正	平成22年	3月	要綱第39号
改正	平成23年	3月	要綱第22号
改正	平成24年	3月	要綱第39号
改正	平成27年	3月	要綱第95号
改正	平成28年	3月	要綱第87号
改正	平成29年	3月	要綱第64号
改正	平成30年	3月	要綱第44号
改正	平成31年	3月	要綱第80号
改正	令和4年	3月	要綱第129号
改正	令和5年	3月	要綱第79号

### (目的)

第1条 この要綱は、一般不妊治療を受ける者に対して、当該不妊治療に係る経費の一部を助成することにより、経済的負担の軽減を図り、もって少子化対策に寄与することを目的とする。

### (医療費助成の範囲)

第2条 この要綱による医療費の助成（以下「医療費助成」という。）の対象となるものは医師が必要と認めたものであって、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関および保険薬局（以下「医療機関」という。）において行った不妊検査および一般不妊治療に係る医療費の医療機関に支払った額（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）の医療保険各法による医療の給付、または、他の法令による医療の給付を受けたときは、当該給付の額を控除した額）（以下「自己負担額」という。）とする。ただし、次に掲げる治療等は助成の対象とならない。

- (1) 体外受精および顕微授精によるもの
- (2) 夫婦（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。次条第4号、第4条第2項および第5条第3号において同じ。）以外の第三者からの精子、卵子、または胚の提供によるもの
- (3) 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または出産するもの
- (4) 食事療養標準負担額、個室使用料および文書料に係る費用

### (医療費助成の対象者)

第3条 医療費助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、一般不妊治療を受ける者で第1号または第2号および第3号から第7号までの要件を備えている者とする。

- (1) 検査または治療開始日のうち最も早い日（以下「開始日」という。）において婚姻の届出をしている夫婦で、かつその夫婦のどちらかが、開始日から申請日までの間、継続して品川区内に住民登録を有していること。
- (2) 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合は、他に法律上の配偶者を有しておらず、かつ、以下に掲げる要件のいずれかを満たすこと。
  - (ア) 開始日から医療費助成申請日現在まで、事実上婚姻関係と同様の事情にある者が継続して品川区内に住民登録を有しており、かつ、世帯主ではない者の住民票の続柄に「未届」またはこれに準ずる記載があること。
  - (イ) 開始日から医療費助成申請日現在まで、住民票で同一世帯であることが確認できないが、任意様式の申立書で、両人が事実上の婚姻関係と同様の事情にあることおよび治療の結果、出生した子について認知を行う意向があることが確認できること。
- (3) 開始日における妻の年齢（年齢の算定は、年齢計算に関する法律（明治35年法律第50号）の規定による。）が40歳以上43歳未満であること。
- (4) 医療機関において、夫婦ともに不妊検査または一般不妊治療を受けていること。
- (5) 他の都道府県もしくは区市町村において、当該不妊検査または一般不妊治療に係る医療費助成を受けていない者または当該医療費助成を受ける予定がない者であること。

（医療費助成の内容）

第4条 区長は、対象者の自己負担額について、5万円を限度として当該対象者に助成する。

2 医療費助成は、夫婦1組につき、1回に限るものとする。

3 医療費助成の対象となる期間は、開始日から起算して1年とする。

（医療費助成の申請）

第5条 医療費助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、前条第3項に規定する期間内に品川区一般不妊治療医療費助成申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付して、区長に申請するものとする。ただし、当該期間内に申請できないものについて、区長が認める場合は延長することができる。

(1) 品川区一般不妊治療・検査受診等証明書（第2号様式-1、第2号様式-2）

(2) 第3条第1項第1号に規定する夫婦の場合は、婚姻の届出をしている夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本など。住民基本台帳で確認できない場合に限る。）

(3) 第3条第1項第2号（ア）に規定する夫婦にあつては戸籍謄本、同号（イ）に規定する夫婦にあつては戸籍謄本または事実婚関係に関する申立書

(4) 前各号に掲げるもののほか、区長が必要と認める書類

（医療費助成の審査および結果の通知）

第6条 区長は、前条の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、助成の適否および助成額を決定の上、支給するときは一般不妊治療医療費助成金交付決定通知書

（第3号様式）により、助成金を交付することが不相当と認めたときは、一般不妊治療医療費助成金不交付決定通知書（第4号様式）により、申請者に通知する。ただし、一般不妊治療医療費助成金交付決定通知書については、申請者が指定する金融機関の預金口座への助成する額の振込みをもって代えることができる。

（医療費助成金の支払）

第7条 区長は、前条の規定による審査の結果、助成することを決定した場合は、速やかに助成する額を支払うものとする。

（医療費助成金の返還）

第8条 区長は、受給者が偽りその他不正の行為により医療費の助成を受けたと認めるとき、または支払い後に過誤額が確認されたときは、交付された助成金の全部または一部を返還させることができる。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、健康推進部長が定める。

付 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成18年9月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成19年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成20年7月28日から適用する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成22年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成23年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成24年7月9日から適用する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成28年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成29年4月1日から適用する。

付 則

1 この要綱は、平成30年4月1日から適用する。

2 この要綱は、平成30年4月1日以後に開始された不妊検査および一般不妊治療について適用する。

3 改正前の要綱により医療費の助成を受けている者に対する改正後の第4条の規定の適用については、なお従前の例による。

付 則

1 この要綱は、平成31年4月1日から適用する。

2 この要綱による改正後の品川区一般不妊治療に係る医療費助成事業実施要綱の規定は、この要綱の適用の日以降に開始された不妊検査および一般不妊治療の医療費の助成について適用し、同日前に開始された不妊検査および一般不妊治療の医療費の助成については、なお従前の例による。

付 則

この要綱による改正後の品川区一般不妊治療に係る医療費助成事業実施要綱第3条および第5条の規定は、令和3年4月1日以降に開始された不妊検査および一般不妊治療の医療費の助成について適用する。

付 則

この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

第1号様式

品川区一般不妊治療医療費助成申請書

【太枠内を記入してください】

		(フリガナ) 氏名		生年月日			
申請者	( )			西暦	年	月	日
配偶者	( )			西暦	年	月	日
申請者住所	電話						
配偶者住所	(※申請者と異なる場合のみ記入)			電話			
申請理由	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療が終了した→ ( <input type="checkbox"/> 妊娠に至った <input type="checkbox"/> 特定不妊治療に進んだ ) <input type="checkbox"/> 助成限度額 (5万円) に達した <input type="checkbox"/> 開始日から1年になった <input type="checkbox"/> その他 (理由: )						
※該当するものに「レ点」を記してください。							
関係書類を添えて、品川区一般不妊治療医療費助成を申請します。 他の都道府県もしくは区市町村による助成について、またこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。 助成金は下記口座に振り込みください。							
申請者氏名 _____				配偶者氏名 _____			
助成申請額 金 _____ 円 ※「医療機関および薬局の証明欄」の領収金額の合計額 (上限5万円)							
年 月 日							
品川区長 あて							
振込先	金融機関名	銀行 (店番号: )			本店		
		金庫			支店		
		組合			出張所		
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一人	( )			
	口座番号						(右詰め記入)

【添付書類】

品川区一般不妊治療・検査受診等証明書

【申請期限】

開始日から1年以内。医療機関の証明が間に合わない等、やむを得ない事情により期限内に申請できない場合には、1年を経過した日から3か月以内

(申請受付印)

住民情報システム確認		医療機関証明書確認			
整理番号	申請者				
	配偶者				

品川区一般不妊治療・検査受診等証明書

(フリガナ) 氏名	対象者	( )	配偶者	( )
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)

※氏名(対象者・配偶者)は、申請される方が記入のうえ、医療機関へお渡してください。

【主治医証明欄】

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり、  
一般不妊治療に係る不妊検査・一般不妊治療を行ったことを証明します。  
※特定不妊治療、不育症にかかる検査・治療は対象外です。ご注意ください。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名 (印)

- 不妊検査・治療の開始年月日

年 月 日

- 検査・治療の状況(該当するものにレ点) ※下記の診療期間外、他医療機関での実施も含む

夫・妻共に実施       夫のみ実施       妻のみ実施

- 一般不妊治療の診療期間 ※助成対象期間は当該診療の開始日から1年間です。

年 月 日 ~ 年 月 日

- 上記の期間に実施した不妊検査・一般不妊治療の内容(該当するものにレ点)

超音波検査       ホルモン検査       子宮卵管造影検査       卵管通気検査  
 頸管粘液検査       フーナーテスト       子宮内膜組織検査       月経血培養検査  
 腹腔鏡検査       卵管鏡検査       子宮鏡検査       抗精子抗体検査  
 染色体検査  
 一般精液検査       ハムスターテスト       精巣検査       精管精嚢造影検査

性交タイミング指導       薬物療法       人工授精

手術療法 → 手術内容

その他 ( )

- 一般不妊治療に関する院外処方の有無       あり → 合計 日 (※処方日を下記に記載)  
 なし

院外処方を行った日

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※裏面に医療機関領収証明欄がありますので、そちらもご記入ください。

(フリガナ) 氏名	対象者	( )	配偶者	( )
--------------	-----	-----	-----	-----

**【医療機関領収証明欄】**

上記の者について、第2号様式-1の主治医証明の検査・治療に係る医療費の自己負担額を下記のとおり領収しました。

※助成対象期間は開始日から1年間です。当該期間内にかかった費用について記載してください。

領収金額合計 金 \_\_\_\_\_ 円 ←※訂正不可

診療月	保険診療分	自費分	入院・外来の別	診療日数
(例) 30年 4月分	3,000円	21,000円	入院 外来	3日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
合計	円	円		

医療機関の 名称  
所在地  
代表者名  
電話番号

年 月 日



医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当者名

**【薬局証明欄】**

薬剤処方年月日	領収金額	薬剤処方年月日	領収金額	薬剤処方年月日	領収金額
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円

第2号様式-1の主治医証明に基づき上記のとおり薬剤を処方し、下記金額を領収しました。  
※ 主治医の証明に基づかない日付のもの(第2号様式-1に記載のないもの)は対象外です。記載しないでください。

領収金額合計 金 \_\_\_\_\_ 円 ←※訂正不可

年 月 日



医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当者名

薬局の 名称  
所在地  
責任者名  
電話番号

年 月 日

様

品川区長



一般不妊治療医療費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった一般不妊治療医療費助成金の交付については、品川区一般不妊治療に係る医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

1. 助成金交付者 氏 名 :

住 所 : 品川区

2. 助成金決定額 金 \_\_\_\_\_ 円

3. その他 助成金は、お届けいただいた金融機関の口座に振り込みます。

年 月 日

様

品川区長



一般不妊治療医療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった一般不妊治療医療費助成金の交付については、品川区一般不妊治療に係る医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり交付しないことに決定したので通知します。

記

1. 氏 名

2. 住 所

3. 不交付の理由