

品川区不妊治療（生殖補助医療）に係る医療費助成事業実施要綱

制 定 令和6年4月1日 要綱第270号

（目的）

第1条 この要綱は、不妊治療のうち保険適用となる体外受精、顕微授精および男性不妊の手術による治療（以下「生殖補助医療」という。）を受ける夫婦（第3条第2号の事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む。以下「夫婦」という。）に対し、その治療に要する費用（以下「医療費」という。）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。

（助成対象の治療）

第2条 この要綱による助成の対象となる治療は、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（以下「医療機関」という。）および保険薬局において行われた生殖補助医療のうち、保険適用で受けた治療とする。ただし、次に掲げる治療は助成の対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子または胚の提供による治療
- (2) 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、当該第三者が妻の代わりに妊娠および出産をする治療
- (3) 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医学的な方法で注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠および出産をする治療
- (4) その他医師が必要でないと認めた治療

2 この要綱による助成の対象となる生殖補助医療の1回の治療（以下「1回の治療」という。）の範囲は、採卵から胚移植まで（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合は、胚移植のみとする。）の一連の治療（採卵後に状態の良い卵が得られない、受精できない等の理由により不妊治療を中止した場合または体調不良等により不妊治療を終了した場合を含む。）とし、採卵準備のための投薬のみの治療は含まないものとする。ただし、採卵準備前に男性不妊の手術による治療を行った場合で、精子が得られない、または状態の良い精子が得られないために採卵準備前に不妊治療を中止したときは、1回の治療に含み、当該男性不妊の手術による治療のみを助成の対象とするものとする。

（助成の対象者）

第3条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、前条第1項に規定する医療機関において生殖補助医療を受ける夫婦で、第1号または第2号ならびに第3号および第4号の要件を備えているものとする。

(1) 医療機関において受けた治療の開始日（以下「開始日」という。）において、婚姻の届出をしている夫婦のうち一方で、かつ、その両方またはいずれか一方が、開始日から第6条第1項の規定により申請する日（以下「申請日」という。）までの間、継続して品川区内（以下「区内」という。）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、次のいずれかの要件を満たすこと。

ア 開始日から申請日まで、事実上婚姻関係と同様の事情にある者が継続して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 開始日から申請日まで、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（年齢計算に関する法律（明治35年法律第50号）の規定により算定された年齢をいう。以下同じ。）が43歳未満であること。
- (4) 同一の治療に対し、他の都道府県もしくは区市町村において、この要綱による助成と同種であると区長が認める助成を受けていない者または受ける予定がない者であること。

（助成の対象経費等）

第4条 この要綱による助成の対象となる経費（以下「対象経費」という。）は、医療機関または保険薬局において行った生殖補助医療に係る医療費の医療機関または保険薬局に支払った額（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。）のうち、保険適用分の生殖補助医療に係る医療費とする。ただし、文書料、個室料等治療に直接関係のない費用は、対象経費としない。

- 2 助成の対象となる回数は、1回の治療を1回として、最初の治療開始時点における妻の年齢により、40歳未満の場合にあっては1子ごとに通算6回まで、40歳以上43歳未満の場合にあっては1子ごとに通算3回までとする。

（助成の額）

第5条 この要綱により助成する額は、対象経費のうち対象者の保険適用分の自己負担額について、1回の治療につき5万円を限度とし、予算の範囲内で対象者に助成する。

（交付の申請）

第6条 医療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、1回の治療ごとに品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成申請書（第1号様式）に、次に掲げる関係書類を添付し、区長に申請するものとする。ただし、第4号および第5号に定める書類については、区長が必要と認めた者に限り提出を求めるものとする。

- (1) 品川区不妊治療（生殖補助医療）受診等証明書（第2号様式、第2号様式の2）
- (2) 第3条第1項第1号に規定する夫婦にあっては、戸籍謄本等婚姻の届出をしている夫婦であることを証明する書類（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っては戸籍謄本、同号イに規定する夫婦にあっては戸籍謄本または事実婚関係に関する申立書
- (4) 住民票の写し
- (5) 前各号に掲げるもののほか、区長が必要と認める書類

- 2 前項の規定による申請の期限は、当該治療が終了した日から起算して1年とする。

（交付の決定）

第7条 区長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定の上、助成金を交付することが適当と認めたときは品川区不妊治療（生殖補助医療）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適当と認めたときは、品川区不妊治療（生殖補助医療）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、不妊治療（生殖補助医療）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。

（助成金の交付）

第8条 区長は、前条の規定により助成することを決定したときは、速やかに助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第9条 区長は、助成金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、当該交付の決定の全部または一部を取り消すものとする。

- (1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付の決定を受けたとき。
- (2) 第3条に規定する助成対象者の要件に該当しないことが判明したとき。
- (3) 助成する額の算定に誤りがあったとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、助成金の交付の決定を受けた者がこの要綱の規定に違反したとき。

2 区長は、前項の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合において、その取消しに係る部分に関し既に助成金を交付しているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(委任)

第10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、令和6年7月1日から施行し、同年4月1日以後に開始した生殖補助医療の治療について適用する。

第1号様式（第6条関係）

品川区不妊治療（生殖補助医療）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								
高額療養費 付加給付金 の給付	申請する不妊治療費について、高額療養費・付加給付金の支給を受けましたか ※支給を受けられるか不明な場合は、加入している健康保険に確認してください。								
	☐ 受けました ⇒ 健康保険者の発行した支給決定通知等の支給額のわかるものを提出 ☐ 受けていません								
関係書類を添えて、品川区不妊治療（生殖補助医療）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:) 金庫 組合			本店 支店 出張所				
	預金種別	普通 貯蓄	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一名義のものに限る。		()				
	口座番号								(右詰め記入)

【添付書類】

品川区不妊治療（生殖補助医療）受診等証明書

【申請期限】

当該治療が終了した日から起算して1年以内

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					

(申請受付印)

品川区不妊治療（生殖補助医療）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、下記のとおり生殖補助医療を行ったことを証明します。

※不妊検査、一般不妊治療、先進医療にかかる治療等は対象外です。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



● 生殖補助医療の治療期間

年 月 日 ～ 年 月 日

※治療終了日区分

☐ 妊娠判定 (有 ・ 無)☐ 治療中止

● 上記の期間に実施した不妊治療（生殖補助医療）の内容

※実施したものすべてに✓をつけてください。

☐ 採卵 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 胚移植☐ その他

()

● 生殖補助医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

【助成対象】保険診療の対象となる生殖補助医療

※治療に直接関係のない費用（文書料、個室料、食事療養費等）は対象外です。

※採卵準備のための投薬のみの治療は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は、男性不妊治療のみ助成対象とします。

【治療内容】

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から、治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※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。

第2号様式－1の2（第6条関係）

(フリガナ)	対	(	配	(
氏	象		偶	
名	者		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。

※令和6年4月1日以降の生殖補助医療治療費の自己負担分が対象です。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	入院・外来の別	診療日数
2024年 4月分	3, 0 0 0 円	入院・外来	3日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
合 計	円		

年 月 日
医療機関の 名称
所在地
代表者名
電話番号



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

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
薬局の 名称
所在地
責任者名
電話番号



医療機関コード

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

担当者名

品川区不妊治療生殖補助医療（男性不妊治療）受診等証明書

(フリガナ) 氏 名 生年月日	対象者	() 年 月 日 (歳)	配偶者	() 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、下記のとおり生殖補助医療（男性不妊治療）を行ったことを証明します。

※先進医療にかかる治療、男性不妊治療における保険適用外については対象外です。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名 印

● 男性不妊治療の診療期間

年 月 日 ～ 年 月 日

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から、治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

● 上期間に実施した男性不妊治療の内容

※治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）は対象外です。

■ この証明書の記入に当たっては、下記の点に御注意のうえ、助成対象であるかご確認ください。	
①	助成対象となるのは、生殖補助医療（男性不妊治療）のうち保険適用分です。
②	助成対象となる手術は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に至る過程の一環として行われる精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）であり、医療保険が適用されるものに限りです。
③	投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は、助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は、男性不妊治療のみ助成対象とします。
④	助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限りです。
⑤	助成対象となる費用は、医療保険が適用される手術代及び精子凍結料（精子保存料・管理料は対象外）です。
⑥	助成対象となる医療機関は、不妊治療（生殖補助医療）費助成事業の指定医療機関です。

● 男性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。

第2号様式－2の2（第6条関係）

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

※令和6年4月1日以降の生殖補助医療治療費の自己負担分が対象です。当該期間内にかかった費用について記載してください。

【医療機関領収証明欄】

上記の者について、第2号様式－2の主治医証明の治療に係る医療費を下記のとおり領収しました。

領収金額合計 金 円 ←※訂正不可

診療月	保険診療分	入院・外来の別	診療日数
(例) 2024年4月分	3,000円	入院 外来	3日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
年 月 分	円	入院・外来	日
合 計	円		

年 月 日
医療機関の 名称
所在地
代表者名
電話番号



医療機関コード

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

担当者名

【薬局領収証明欄】

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

第2号様式－2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－2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
薬局の 名称
所在地
責任者名
電話番号



医療機関コード

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

担当者名

年 月 日

様

品川区長



品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金の交付については、品川区不妊治療（生殖補助医療）に係る医療費助成事業実施要綱第7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



品川区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金の交付については、品川区不妊治療（生殖補助医療）に係る医療費助成事業実施要綱第7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