

不育症治療支援事業

不育症についての検査及び治療（以下、「治療等」といいます）を受けられたご夫婦に対し、医療保険が適用されない検査及び治療費の一部を助成します。

Ⅰ 対象となる治療等の期間と助成回数

期間：1年度（4月1日～翌年3月31日まで） **助成回数：1年度内に1回まで**

以下の項目について、すべて「はい」に該当した方が対象です。

川西市内に住所を有し、婚姻をしている夫婦（事実婚を含む。）である ※年度内に係る治療等の期間に、川西市民であること	はい・いいえ
治療等の期間の初日における妻の年齢が43歳未満である	はい・いいえ
2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があると医師に診断されている	はい・いいえ
国民健康保険その他の医療保険に加入している	はい・いいえ
治療等について、他の自治体を実施する不育症の治療等の助成を受けていない	はい・いいえ

※生化学的流産は回数に含みません。

Ⅱ 助成の対象と助成額

医療機関(国内)での医療保険が適用されない不育症の治療等に要した医療費

対象となる不育症の検査	当該検査に要した費用の7/10に相当する額
対象となる不育症の治療	当該検査に要した費用の1/2に相当する額

Ⅲ 期限

※申請期日が土日祝日などの閉庁日にあたる場合は、その直前の閉庁日まで

検査・治療期間の末日によって期限が異なります。また、書類不備等がありますと申請を受理できない場合があります。期限に余裕を持ってご申請ください。

①検査・治療期間の終了日が4月1日～同年12月末まで
⇒翌年3月末日まで

②検査・治療期間の終了日が1月1日～同年3月末日まで
⇒検査・治療期間の終了日から3か月以内

③検査や治療が年度をまたぐ場合

検査・治療が開始した年度の分 ⇒翌年6月末日まで

検査・治療が終了した年度の分 ⇒該当年度末

注】検査・治療等を受けている年度の途中で43歳になった方は、必ず年度内にご申請ください。

①検査・治療期間の終了日が4月1日～同年12月末までの場合

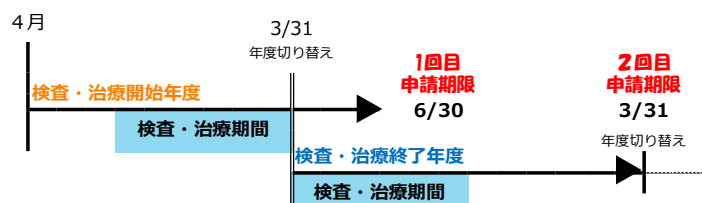


②検査・治療期間の終了日が1月1日～同年3月末日の場合



③検査・治療期間が年度をまたぐ場合

年度ごとの手続きとなるため、各年度毎の申請が必要です。



対象となる検査・治療内容等

＜不育症の検査＞

一次スクリーニング	
抗リン 脂質抗体	抗カルジオリンβ ₂ グロコプロテイン I (CLβ ₂ GP I) 複合体抗体
	抗カルジオリン (CL) IgG抗体
	抗カルジオリン (CL) IgM抗体
	ループスアンチコアグラント
夫婦染色体検査	
選択的検査	
抗リン 脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	抗PS/PT抗体 (フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体)
	ネオ・セルフ抗体 (抗β ₂ GPI/HLA-DR抗体)
血栓性素因 スクリーニング (凝固因子検査)	第Ⅺ因子活性
	プロテインS活性又はプロテインS抗原
	プロテインC活性又はプロテインC抗原
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)

＜不育症の治療＞

低用量
アスピリン療法

ヘパリン療法

ヘパリン在宅自己注射療法、ヘパリノイドを使用するものを含む

5

申請書類について

以下をそろえて申請窓口まで

- ①川西市不育症治療支援事業申請書 ②川西市不育症治療支援事業受診等証明書
- ③領収書（原本）および明細書 ④通帳またはキャッシュカードのコピー（振込口座が確認できるもの）
- ⑤ご夫婦それぞれの健康保険証の写し
- ⑥住民票の写し【世帯全員及び続柄記載のあるもの】（発行後3か月以内のもの。証明書等発行に必要な手数料は自己負担）
- ※⑥については、本人の同意があれば市で確認し、書類の提出を省略できる場合があります。（市で書類の発行が可能な場合に限る）

【申請受付・お問い合わせ】

川西市保健センター 保健師まで

川西市中央町12番2号 ☎072-758-4721
平日9時～17時（祝日・年末年始を除く）



《兵庫県不妊・不育専門相談》

不妊の悩みから治療の方法や内容について、また、習慣性流産・不育症等、妊娠に関する疑問や不安は何でもお気軽にご相談ください。

専門知識を持つ医師や助産師が
丁寧に対応します。相談は無
料です。秘密は厳守されます。



《兵庫県 不育症検査費助成事業》

兵庫県では、先進医療として厚生労働省が定める不育症の検査費用の一部を助成しています。

