

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱

制 定	平成16年	7月	7日
第1次改正	平成18年	4月	1日
第2次改正	平成19年	4月	5日
第3次改正	平成20年	6月	12日
第4次改正	平成21年	1月	5日
第5次改正	平成21年	7月	22日
第6次改正	平成22年	10月	5日
第7次改正	平成23年	4月	1日
第8次改正	平成24年	3月	26日
第9次改正	平成25年	5月	31日
第10次改正	平成26年	4月	1日

1 目的

不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）については、1回の治療費が高額であるため、その経済的負担が重く、子どもがほしいと望んでいるにもかかわらず、十分な治療を受けることができない者も少なくないことから、県が予算の範囲内において特定不妊治療に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

2 対象者

特定不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦であって、次の各号のすべてに該当するものとする。

- (1) 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと医師に診断されたもの。
- (2) 夫又は妻のいずれか一方又は両方が新潟県内(新潟市を除く。)に居住しているもの。

3 対象となる治療等

対象となる治療は、特定不妊治療とする。

医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。

具体的には別紙2のAからFのいずれかにあてはまるものを助成対象とする。G及びHは助成の対象としない。

ただし、次の各号に掲げるもの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・胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、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、当該第三者が妻代わりに妊娠・出産するもの）

- (3) 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、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注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）

4 指定医療機関

- (1) 本事業の対象となる治療を実施する医療機関は、別紙1「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関における設備・人員等の指定基準」に定める基準を満たしている医療機関であり、かつ知事が特定不妊治療を行うに相当と認め、指定した医療機関（以下「指定医療機関」という。）とする。
- (2) 前記（1）の指定を受けようとする医療機関は、第1号様式による「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関指定申請書」を知事に提出しなければならない。
- (3) 指定医療機関については、3年をめぐりに、別紙1の基準に照らして再審査を行うものとする。
なお、倫理的に許されない行為が行われたことが明らかである等の状況があれば、すみやかに再審査を行い、指定の取消しを行うことができるものとする。
- (4) 他の都道府県又は指定都市若しくは中核市の知事又は市長が、特定不妊治療を実施するのに相当であると認めた医療機関は、指定医療機関とみなす。
- (5) 指定医療機関において、申請事項に変更が生じた場合は、第1—2号様式による「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関申請事項変更届」を知事に提出しなければならない。
- (6) 指定医療機関が指定を辞退しようとするときは、第1—3号様式による「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関辞退申出書」を知事に提出しなければならない。

5 助成の額及び期間

保険外診療である特定不妊治療に要した費用に対して、夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計額に応じて、次により、1年度目は年3回、2年度目以降年2回を限度に通算5年間助成する。ただし、通算10回を超えない。

平成26年度以降に新規で特定不妊治療の助成を受ける場合において、当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは、年間助成回数及び通算助成期間については制限しない。ただし、通算助成回数は6回までとする。

所得の範囲は、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条を準用し、所得の額の計算方法は、児童手当法施行令第3条を準用する。

- (1) 夫及び妻の前年の所得の合計額が730万円未満である場合は、1回の治療につき15万円（ただし、別紙2のC及びFの治療（以下「治療区分C及びF」という。）については7万5千円）まで助成する。ただし、新規に治療を開始した日から1年の間に治療が終了したものについては、1回の治療につき20万円（ただし、治療区分C及びFについては12万5千円）まで助成する（当該助成期間に係る治療期間の初日に

おける妻の年齢が40歳以上であるときは3回までとする)。

- (2) 夫及び妻の前年の所得の合計額が730万円以上である場合は、1回の治療につき対象となる治療に要した費用に2分の1を乗じた額(7万5千円(ただし、治療区分C及びFについては3万7千5百円)まで)を助成する。ただし算出された額に1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

6 助成の申請

助成を受けようとする者は、原則として、治療が終了した日の属する年度内に、第2号様式「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書」に次の各号に掲げる書類を添付して、居住地を管轄する地域振興局健康福祉(環境)部を經由し知事に申請を行うものとする。

- (1) 第3号様式「新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書」
- (2) 新潟県内(新潟市を除く。)に住所を有する法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
- (3) 所得証明書
- (4) 医療機関発行の領収書

7 助成の決定

知事は申請受理後、速やかに審査を行い、助成の可否及び金額について書面をもって申請者に通知する。

8 調査及び報告

- (1) 知事は、指定医療機関に対し、この事業の実施に必要な調査を行い、報告を求めることができる。
- (2) 指定医療機関は、前記(1)の調査及び報告に協力しなければならない。

9 その他

この要綱に定めるもののほか、不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施に関し必要な事項については、別に定める。

附則

この要綱は、平成16年7月7日から実施し、平成16年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成18年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成19年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成20年6月12日から実施する。

附則

この要綱は、平成21年1月5日から実施する。

附則

- 1 この要綱は、平成21年7月22日から実施する。
- 2 助成の額については、治療を終了した日が平成21年4月1日から平成22年3月31日までの間にある者が平成22年3月31日までに助成申請を行う場合、5及び第2号様式の規定にかかわらず、1回の治療につき15万円までとする。

附則

この要綱は、平成22年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成23年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成24年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成25年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

別紙1

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関における設備・人員等の指定基準

1 実施医療機関の具備すべき施設・設備基準

(1) 必ず有すべき施設

実施医療機関は、次の施設・設備を有するものとする。

- 採卵室・胚移植室
 - ・ 採卵室の設計は、原則として手術室仕様（注1）であること。
 - ・ 清浄度は、原則として手術室レベル（注2）であること。
 - ・ 酸素吸入器、吸引器、生体監視モニター、救急蘇生セットを備えていること。
- 培養室
 - ・ 清浄度は原則として手術室レベルであること。
 - ・ 培養室においては、手術着、帽子、マスクを着用することとし、入室時は手洗いをを行うこと。
 - ・ 職員不在時には施錠すること。
- 凍結保存設備
 - ・ 設備を設置した室は、職員不在時には施錠すること。
- 診察室・処置室
 - ・ ただし、不妊の患者以外の患者と併用であってもさしつかえないこと。

(2) その他の望ましい施設

実施医療機関は、次の施設を有することが望ましい。

- 採精室
- カウンセリングルーム
- 検査室（特に、精液検査、精子浮遊液の調整等、不妊治療に関する検査を行う設備を設置した室）

2 実施医療機関の配置すべき人員の基準

(1) 配置が必要な人員

実施医療機関は、次の人員を配置するものとする。

- 実施責任者（1名）
 - ・ 実施責任者は次の事項を全て満たすものとすること。
 - (ア) 公益社団法人日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医である者
 - (イ) 専門医取得後、不妊症診療に2年以上従事した者
 - (ウ) 公益社団法人日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設において1年以上勤務又は1年以上研修を受け、体外受精・胚移植の技術を習得した者
 - (エ) 常勤である者
 - ・ 実施責任者の責務は次の通りとする。
 - (ア) 不妊治療に関する医療安全管理マニュアルの策定
 - (イ) 不妊治療を実施する施設・設備についての安全管理
 - (ウ) 不妊治療にかかる記録・情報等の管理
- 実施医師（1名以上、実施責任者と同一人でも可）
 - ・ 年間採卵件数が100件以上の施設については、一般社団法人日本生殖医学会認定生殖医療専門医がいることが望ましい。
- 看護師（1名以上）
 - ・ 不妊治療に専任（注3）している者がいることが望ましい。
 - ・ 年間治療件数が500周期以上の施設については、公益社団法人日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましい。

- 配偶子、受精卵及び胚の操作・取扱い、並びに培養室、採精室及び移植室などの施設・器具の準備・保守の一切を実際に行う、生殖補助医療に精通した技術者（いわゆる胚培養士・エンブリオロジスト（医師を含む））（1名以上、実施責任者又は実施医師と同一人でも可）
 - ・ 年間採卵件数が100件以上の施設については、実施責任者・実施医師と同一人でないことが望ましい。

(2) 配置が望ましい要員

実施医療機関は、次の人員を有することが望ましい。

- 泌尿器科医師
 - ・ 特に、精巣内精子生検採取法、精巣上体内精子吸引採取法等を実施する施設では、泌尿器科医師との緊密な連携を取れるようにしておくことが重要である
 - ・ 一般社団法人日本生殖医学会認定生殖医療専門医であることが望ましい。
- 患者（夫婦）が納得して不妊治療を受けることができるように、不妊治療の説明補助、不妊治療の選択の援助、不妊治療を受ける患者への継続的な看護とともに生殖医療チーム内の調整を行う者（いわゆるコーディネーター）
 - ・ 年間治療件数が500周期以上の施設については、公益社団法人日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましい。
- 心理学・社会学等に深い造詣を有し、臨床における心理カウンセリング又は遺伝カウンセリング等の経験を持ち、患者（夫婦）を不妊に関しカウンセリングの側面から支援できる技術を持つ者（いわゆるカウンセラー）
 - ・ 患者（夫婦）の状態等に応じて、必要な心理カウンセリング及び遺伝カウンセリングが可能となるよう、配置した者の専門でない分野の経験を持つ者との連携体制を確保しておくことが望ましい。

3 その他の要件

実施医療機関は、次の項目を満たすことが必要である。

- 自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、妊娠から出産に至る全ての経過の把握および公益社団法人日本産科婦人科学会に対する報告を行っている医療機関であること。
- 自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとること。
- 本事業の実績・成果の把握のための調査に協力する医療機関であること。
- 公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）の登録に協力する医療機関であること。
- 倫理委員会を設置することが望ましい。その委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずることとする。
 - 1 倫理委員会は中立を保つため委員構成に配慮が必要であり、中立的な外部委員を複数入れることが望ましい。
 - 2 倫理委員会委員長を実施責任者が兼ねてはならない。
 - 3 自医療機関で十分な人員は確保できない場合には、他の医療機関・大学等に設置されている、上記会告に準じた倫理委員会に審査を委託してもよいこととする。
- 医療安全管理体制が確保されていること。
 - 1 医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げること。
 - 2 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握すること。
 - 3 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施すること。
 - 4 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のため方策を

講ずること。

5 体外での配偶子・受精卵の操作にあたっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築すること。なお、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・いわゆる胚培養士・エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行うこと（医師については、実施責任者と同一人でも可）。

- 公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加していることが望ましい。
- 不妊治療にかかる記録については、保存期間を20年以上とするのが望ましい。

注1：「手術室仕様」の参考

医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第20条第3項 手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならない。

注2：「手術室レベルの清浄度」の参考

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10 CFU/m ³ 以下
II	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m ³ 以下
III	準清潔区域	ICU、NICU、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m ³
IV	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m ³ 以下)
V	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500 CFU/m ³ 以下)

注3：「専任」について

当該看護師の全業務のうち半分程度以上不妊治療に従事していることを目安とする。

別紙2 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで		受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植				妊娠の確認 (胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲					
	薬品投与(点鼻薬) (自然周期で行う場合もあり)	薬品投与(注射) (自然周期で行う場合もあり)		採卵	採精(夫)	新鮮胚移植	胚凍結		薬品投与 (自然周期で行う場合もあり)	凍結胚移植	黄体期補充療法	胚移植	黄体期補充療法	助成対象
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日	7~10日	1日	10日	1日	1日		
A 新鮮胚移植を実施														
B 凍結胚移植を実施*														
C 以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施														
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了。														
E 受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止														
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止														
G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止														
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止														

* B: 採卵・受精後、1~3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

第1号様式

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関指定申請書 (新規 ・ 継続)

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関の住所 〒

医療機関の名称

代表者氏名 印
(連絡先)

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関指定要領に基づき、実施医療機関の (指定を受けたいので申請 ・ 再審査を受けるにあたり現状を報告) します。

指定項目	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					
標榜診療科目	<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科					
治療従事者の状況	体外受精 顕微授精 従事者	医師 人 (常勤 人、非常勤 人) 助産師 人 看護師 人 その他 人 (職種)				
	実施責任者 職名・氏名	職名 氏名				
公益社団法人 日本産科婦人科 学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録	登録 年 月				
	ヒト胚及び卵子の凍結保存と移植に関する登録	登録 年 月				
	顕微授精の臨床実施に関する登録	登録 年 月				
年間治療実績 (~) ※1		患者総数	治療周期数	採卵件数	妊娠数	出生児数
	体外受精					
	顕微授精					
施設内倫理委員会の有無	(有 ・ 無)					
インフォームドコンセントの有無	(有 ・ 無)					
不妊治療にかかる記録の保存期間	年間					

添付書類

- 1 公益社団法人日本産科婦人科学会登録通知書の写し
- 2 インフォームドコンセント等に使用する説明書等一式
- 3 施設の平面図

※ 1 年間治療実績は、一昨年1年間の実績とし、そうでない場合は()内に期間を記入してください。

※ 2 ()内は該当する項目を○で囲んでください。

(裏面を記入願います。)

1 実施医療機関の具備すべき施設・設備基準

(1) 必ず有すべき施設

施設名	具備すべき施設・設備基準	設備の有無等
採卵室・胚移植室	採卵室の設計は、手術室仕様（注1）であるか。	あり ・ なし
	清浄度は、手術室レベル（注2）であるか。	あり ・ なし
	酸素吸入器を備えているか。	あり ・ なし
	吸引器を備えているか。	あり ・ なし
	生体監視モニターを備えているか。	あり ・ なし
	救急蘇生セットを備えているか。	あり ・ なし
培養室	清浄度は、手術室レベル（注2）であるか。	あり ・ なし
	手術着、帽子、マスクを着用しているか。	あり ・ なし
	入室時は手洗いを行っているか。	あり ・ なし
	職員不在時には施錠しているか。	あり ・ なし
凍結保存設備	設備を設置した室は、職員不在時には施錠しているか。	あり ・ なし
診察室・処置室	設置しているか。	あり ・ なし

※ 診察室及び処置室は、不妊の患者以外の患者との併用であっても差し支えない。

(2) 有することが望ましい施設

施設名	施設の有無
採精室	あり ・ なし
カウンセリングルーム	あり ・ なし
検査室	あり ・ なし

(3) その他の要件

施設要件	満たしているか
自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、妊娠から出産に至る全ての経過の把握および公益社団法人日本産科婦人科学会に対する報告を行っている医療機関であること。	はい ・ いいえ
自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとること。	はい ・ いいえ
本事業の実績・成果の把握のための調査に協力する医療機関であること。	あり ・ なし
公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）の登録に協力する医療機関であること。	あり ・ なし
医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の11に定められている、安全管理のための体制が確保されていること。	あり ・ なし
体外での配偶子・受精卵の操作にあたっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築すること。なおダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・いわゆる胚培養士・エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行うこと（医師については、実施責任者と同一人でも可）。	あり ・ なし
財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加していること。	あり ・ なし

注1：「手術室仕様」の参考

医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第20条第3項 手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならない。

2 実施医療機関の配置すべき人員の基準

(1) 配置が必要な人員

人員	具備すべき条件	条件を満たす人員等
実施責任者（1名）	① 日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医である者 ② 専門医取得後、不妊症診療に2年以上従事した者 ③ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設において1年以上勤務又は1年以上研修を受け、体外受精・胚移植の技術を習得した者 ④ 常勤である者	①から④の条件を全て満たしている はい ・ いいえ
実施医師（1名以上）	・ 実施責任者と同一人でも可 ・ 年間採卵件数が100件以上の施設については、一般社団法人日本生殖医学会認定生殖専門医がいることが望ましい。	あり ・ なし
看護師（1名以上）	・ 不妊治療に専任（注3）している者がいることが望ましい。 ・ 年間治療件数が500周期以上の施設については、公益社団法人日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましい。	あり ・ なし
胚培養士（1名以上）	・ 配偶子、受精卵及び胚の操作・取扱い、並びに培養室、採精室及び移植室などの施設・器具の準備・保守の一切を実際に行う、生殖補助医療に精通した技術者 ・ 実施責任者又は実施医師と同一人でも可 ・ 年間採卵件数が100件以上の施設については、実施責任者・実施医師と同一人でないことが望ましい。	あり ・ なし

なお、実施責任者の責務は次のとおりとする。

- 不妊治療に関する医療安全管理マニュアルの策定
- 不妊治療を実施する施設・設備についての安全管理
- 不妊治療にかかる記録・情報等の管理

(2) 配置が望ましい要員

要員	配置(連携)が望ましい理由等	配置連携の有無
泌尿器科医師	<ul style="list-style-type: none"> 特に、精巣内精子生検採取法、精巣上体内精子吸引採取法等を実施する施設では、泌尿器科医師との緊密な連携を取れるようにしておくことが重要である。 一般社団法人日本生殖医学会認定生殖医療専門医であることが望ましい。 	連携： あり ・ なし
コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> 患者(夫婦)が納得して不妊治療を受けることができるように、不妊治療の説明補助、不妊治療の選択の援助、不妊治療を受ける患者への継続的な看護とともに生殖医療チーム内の調整を行う者 年間治療件数が500周期以上の施設については、公益社団法人日本看護協会認定の不妊症看護認定看護師又は母性看護専門看護師がいることが望ましい。 	配置： あり ・ なし
カウンセラー	<ul style="list-style-type: none"> 心理学・社会学等に深い造詣を有し、臨床における心理カウンセリング又は遺伝カウンセリング等の経験を持ち、患者(夫婦)を不妊に関しカウンセリングの側面から支援できる技術を持つ者 患者(夫婦)の状態等に応じて、必要な心理カウンセリング及び遺伝カウンセリングが可能となるよう、配置した者の専門でない分野の経験を持つ者との連携体制を確保しておくことが望ましい。 	配置： あり ・ なし

注2：「手術室レベルの清浄度」の参考

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10 CFU/m ³ 以下
II	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m ³ 以下
III	準清潔区域	ICU、NICU、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m ³
IV	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m ³ 以下)
V	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500 CFU/m ³ 以下)

注3：「専任」について

当該看護師の全業務のうち半分程度以上不妊治療に従事していることを目安とする。

第1-2号様式

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関申請事項変更届

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関の住所 〒

医療機関の名称

代表者氏名
(連絡先)

印
)

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づき、実施医療機関の申請事項に変更があるので、下記のとおり届出します。

記

変更事項及び 変更年月日	新	旧

第1-3号様式

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関辞退申出書

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関の住所 〒

医療機関の名称

代表者氏名
(連絡先)

印
)

下記の理由により、新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関の指定を辞退したいので、新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づき、申し出ます。

記

指定辞退年月日	辞退の理由

新潟県 不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

新潟県知事

様

※太枠内を記入してください。

		平成 年 月 日	
申請者・夫 (自署又は記名押印)	(ふりがな) 氏名	() 印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳)
申請者・妻 (自署又は記名押印)	(ふりがな) 氏名	() 印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳)
住所 1 ※夫婦の住所を記入		〒 () 電話 ()	
住所 2 ※夫婦の住所が異なる場合に記入		〒 () 電話 ()	
平日昼間に連絡可能な電話番号		電話 () 夫・妻 自宅・職場・その他 ()	
新潟県への助成申請回数		通算 ____ 回目 (前回の申請時期 年 月)	
新潟県以外の自治体への 不妊に悩む方への特定治 療支援事業申請の有無		有・無	該当が有る場合 その自治体名・回数 (記載欄が不足する場 合は、欄外使用可) 都道府県・市 回 都道府県・市 回 都道府県・市 回 都道府県・市 回 都道府県・市 回
申請額		金 _____ 円	
振 込 先	金融機関名	銀行 支店	
		銀行コード	支店コード
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	()	

裏面をお読みください

- 【添付書類】
- ① 新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書(第3号様式)
 - ② 領収書及び診療明細書など
 - ①にかかる領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類
 - ③ 新潟県内(新潟市を除く。)に住所を有する法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類→原則として、続柄が記載された夫婦の住民票の写し。
 - ④ 市町村長が発行した夫婦それぞれの所得額・控除額記載のある所得証明書

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月日		決定年月日	
受給者番号		今回の申請通算 年度目	今年度 回目
相手方コード			

治療の内容・結果および妊娠の経過について行政への報告を行うことに関する説明書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、特定不妊治療を行う医療機関に対し、行われた特定不妊治療の内容・結果および妊娠の経過について、日本産科婦人科学会を通じた報告への協力を求めています。

これを集計し分析することにより、厚生労働省は、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業の制度を一層充実していく上で検討の参考とすることができます。また、行われた治療の効果を把握することにより、わが国の不妊治療の発展のために参考となる学術データを得ることができます。

さらに、厚生労働省は、助成事業を実施する都道府県・政令市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・政令市も事業の成果を把握し、助成事業の充実に役立てることができるようにしています。

(2) 報告の内容・方法

各医療機関から、(社)日本産科婦人科学会のデータベースを通じ、下欄の項目の統計情報として、厚生労働省に報告されます。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。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。

報告・集計される項目〔報告は医師が行います。患者さんが行うことはありません。〕

I 治療から妊娠まで

- (1) 患者（女性）の年齢
- (2) 不妊の原因
- (3) 治療の内容、妊娠の有無

II 妊娠から出産まで

- (4) 妊娠・出産の状況
- (5) 生まれた子の状況

これまでの受給歴について新潟県以外の自治体に確認を行うことに関する説明書

新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前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。

また、夫妻の住所が異なる場合など、現在お住まいの自治体に助成金の受給状況等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。

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

指定医療機関の所在地・名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな)	()	()
氏名	夫	妻
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)	昭和 年 月 日生 (歳)
○ 当該患者が過去に行った不妊治療について ・ タイミング療法 《実施 () 回・未実施》 うち排卵誘発併用 (、 回) ・ 排卵誘発法 《実施 () 回・未実施》 ・ 人工授精 《実施 () 回・未実施》 うち排卵誘発併用 (回) ・ 体外受精 《実施 () 回・未実施》 ・ 顕微授精 《実施 () 回・未実施》 ・ 手術療法 《実施・未実施》 (腹腔鏡手術 子宮鏡手術 卵管鏡手術) ・ その他 ()		
○ 特定不妊治療を必要とした理由について ・ 女性因子 () ・ 男性因子 () ・ 原因不明長期不妊 ・ その他 ()		
今回の治療方法	A B C D E F	
	該当する記号(裏面参照)に○を付けてください	
	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
今回の治療内容(治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。) 1) GnRha 使用(ありなし) 年 月 日から使用 2) 排卵誘発剤使用(ありなし) 総使用量 単位 3) 採卵(または採卵を中止)した日 年 月 日 回収卵数 個 4) 受精卵数 個 5) 胚移植(または胚移植を中止)した日 年 月 日 6) 胚移植数 個 7) 凍結受精卵胚数 個 8) 治療経過(妊娠判定結果、中止・中断理由等)		
注射等を他の医療機関に依頼した場合、その医療機関名 ()		
日本産婦人科学会 個別調査用登録の有無	有 (症例登録番号)	無
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
領収金額	円 (消費税を除く特定不妊治療にかかる費用のみ記入してください。) 記載方法は裏面参照	

● 上記治療にかかる領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類〔領収書及び診療明細書など〕を添付してください。

治療方法、治療期間の記載について

助成対象となる治療は、次のとおりです。下記「体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」も参考にしてください。

治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

- A 新鮮胚移植を実施
 - B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
 - C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
 - D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
 - E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
 - F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- (注) 採卵に至らないケースは助成対象となりません。

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

G～Hは助成対象としない

A～Fについて、それぞれ「1回」とみなして助成対象とする。

助成対象となる治療： (保険適用外診療分のみ。なお、消費税は助成対象になりません。)

治療内容	採卵まで				採精(夫)	前増量・凍結(顕微授精)・増量	胚移植					妊娠の確認 (胚移植の2週間後)
	薬品投与(点鼻薬) 自然周期で行う場合もあり	薬品投与(注射) 自然周期で行う場合もあり	採卵	受精			新鮮胚移植		凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	薬品投与(自然周期で行う場合もあり)	胚移植	
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日	7～10日	1日	10日	1日	
A 新鮮胚移植を実施												
B 凍結胚移植を実施 ※												
C 以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施												
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了												
E 受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止												
F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止												
G 卵胞が発育しない、又は採卵終了のため中止												対象外
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止												対象外

※B: 採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあげて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

領収年月日、領収金額の記載について

1 助成対象となる費用 (上図参照)

- (1) 採卵準備のための投薬から注射、採卵、胚移植の処置費、妊娠確認検査費用など
- (2) 指定医療機関の医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、同医師の指導に基づき、その他の医療機関(指定を受けていない医療機関である場合も含む。)において行う投薬・注射・検査等の費用

ただし、この場合の受診等証明書(領収年月日、領収金額の証明)は指定医療機関の医師が作成すること。

2 助成対象とならない費用

入院費、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料(保存料)、文書料、消費税など