

新潟市不育症検査費用助成事業のご案内

現在、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え
先進医療として実施されているものを対象に費用の一部を助成します。

※新潟市不育症治療費助成事業とは内容が異なります。

1. 助成対象となる方

●次に掲げる要件を全て満たす方が対象となります。

- ①2回以上の流産、死産の既往があること
- ②申請日において、申請者が新潟市に住所を有すること

2. 対象となる検査

先進医療として告示されている次の不育症検査

○流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）

○抗ネオセルフ β_2 グリコプロテインI複合体抗体検査

※先進医療として告示されている不育症検査の実施医療機関として承認されている保険医療機関で実施した検査が対象

実施医療機関はこちらからご確認ください。（毎月更新）➤

厚生労働省HP：第2項先進医療技術【先進医療A】



番号24「流死産検体を用いた遺伝子検査」

番号29「抗ネオセルフ β_2 グリコプロテインI複合体抗体検査」

3. 助成限度額

1回の検査に係る費用の7割に相当する額（千円未満は切り捨て）

ただし、6万円を上限として助成します。

※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、その他直接検査等に関係ない費用は対象外

4. 申請期限

検査が終了した日から3か月以内。

ただし、2月～3月に検査が終了した場合は4月末日（休日の場合は、当該月の最終開庁日）まで。

期限が過ぎると助成できませんので、検査終了後速やかに申請をお願いします。

申請に必要な書類等

必 要 書 類	備 考
① 新潟市不育症検査費助成事業申請書 (別記様式第1号)	
② 新潟市不育症検査費用助成検査受検 証明書(別記様式第2号)	検査を実施した医療機関が記載してください。 証明書の内容は個人情報を除いて国に報告し、検査の 保険適用に向けた検討等に活用させていただきます。 予めご了承ください。
③ 不育症検査費の領収書及び明細書 (<u>原本と写し</u>)	実施した検査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をご用意ください。 原本は確認後お返しします。
④ 振込口座情報の写し	旧姓の口座は使用できません。 ゆうちょ銀行は振込用の店名・預金種目・口座番号が 分かる通帳の写しをご用意ください。 申請者以外の口座を振込先として指定する場合、申請 書内の委任状を必ず記載してください。

○申請方法は、郵送申請です。下記郵送先へご送付ください。

問合せ先及び郵送先

住所：新潟市中央区学校町通1-602-1

新潟市こども未来部こども家庭課 母子保健グループ

電話：025-226-1205 (直通)

FAX：025-224-3330

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

○申請書の様式は、新潟市ホームページに掲載しております。

こちらからご確認ください➤

