

大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業 ～ 非がん疾患の方 ～

大阪府では、妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に要する費用の一部を助成します。原疾患(非がん疾患)治療の副作用により、主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、生殖機能が低下するまたは失われることがあります。妊よう性温存治療は、原疾患の治療の前に胚(受精卵)、卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存するものです。

妊よう性温存治療費助成対象者

以下の要件を全て満たす方

- (1)申請時に大阪府内に住所を有し、かつ妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)に年齢が、満43歳未満の方
- (2)対象とする原疾患の治療内容がアもしくはイの方
 - ア 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患
再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンコニ貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等
 - イ アルキル化剤が投与される非がん疾患
全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、パーチエット病等
- (3)府指定医療機関(※1)において、令和3年4月1日以降に【表1】の妊よう性温存治療を受けた方
- (4)担当医師により、妊よう性温存治療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められた方
- (5)妊よう性温存治療に係る国の研究(※2)に参加できる方
- (6)助成対象費用に対し、不妊に悩む方への特定治療支援事業に基づく助成を受けていない方

(※1)府指定医療機関については、原疾患治療医にご確認いただくかこちらのURLでご確認ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/ninyosei/index.html>

(※2)国の小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業に基づく、患者からの臨床データ等を収集し、妊よう性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成などの妊よう性温存療法の研究



対象治療・経費・上限額

※対象者一人に対して通算2回まで

【表1】

対象となる治療	対象となる経費	助成上限額/1回
①胚(受精卵)凍結に係る治療	◆対象治療に係る治療費及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用	35万円
②未受精卵子凍結に係る治療		20万円
③卵巣組織凍結に係る治療	※入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の直接関係ない費用及び初回の凍結保存費用以外の凍結保存の維持に係る費用は助成対象外となります	40万円
④精子凍結に係る治療		2万5千円
⑤精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療		35万円

提出資料

以下の資料を、助成対象の治療に係る費用を支払う日の属する年度内に郵送でご提出ください。

【ご自身で記載、用意頂くもの】

- (様式1-1号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成申請書
- 住民票
- 妊よう性温存治療の実施に要した費用が確認できる領収書の写し
- 上記領収書に対応する診療明細書の写し
- 振込口座がわかるもの(通帳等の写し)
- 申請者と妊よう性温存治療を受けた者が異なる場合は、その続柄が分かる書類(健康保険被保険者証の写し等)
- 婚姻関係の確認が出来るもの(胚(受精卵)凍結に係る治療の場合のみ)
 - ・法律婚の場合: 戸籍謄本
 - ・事実婚の場合: 以下a～c全て
 - a: 両人の戸籍謄本/b: 両人の住民票/c: 両人の事実婚に関する申立書(様式第8号)

【妊よう性温存治療実施医療機関へ依頼のうえご準備頂くもの】

- (様式1-2号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(妊よう性温存治療実施医療機関)
- (様式1-2-2号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書 ※該当のある場合のみ
- (様式1-4号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療実施についての説明事項確認書(妊よう性温存治療実施医療機関)

【原疾患治療実施医療機関へ依頼のうえご準備頂くもの】

- (様式1-3号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(原疾患治療実施機関)
- (様式1-3号(別紙))化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類(男性用又は女性用)
- (様式1-5号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療実施についての説明事項確認書(原疾患治療実施医療機関)

お問い合わせ・提出先(非がん疾患の方)

大阪府 健康医療部 保健医療室 地域保健課
疾病対策・援護グループ
電話番号：(06)6941-0351(代表) (内線2547)



*申請書等の様式は大阪府ホームページからダウンロードできます。
<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/nanbyo/ninnyouhigann.html>

*がん疾患の方は、健康づくり課生活習慣病・がん対策グループ(内線2528)までお問い合わせください。

大阪府 妊よう性温存治療(非がん疾患)

検索

温存後生殖補助医療費助成対象者

以下の要件を全て満たす方

- (1) 温存後生殖補助医療費助成の申請時において、夫婦のいずれかが大阪府内に住所を有すること
- (2) 妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)に夫婦いずれかの年齢が満43歳未満であり、原疾患(非がん疾患)の治療内容がaもしくはbの方
 - a 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患
再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンコニ貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等
 - b アルキル化剤が投与される非がん疾患
全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等
- (3) 妊よう性温存治療府指定医療機関(※1)において、【表1】の妊よう性温存治療により凍結保存を行った後、温存後生殖補助医療府指定医療機関(※1)において、令和4年4月1日以降に【表2】の温存後生殖補助医療に係る治療を開始(※2)した方。かつ、【表2】の治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に診断された方
- (4) 温存後生殖補助医療に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦
- (5) 担当医師により、妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められた方
- (6) 国の研究(※3)に参加できる方
- (7) 助成対象費用に対して、他制度の助成を受けていない方
- (8) 婚姻関係の確認ができる方

(※1) 府指定医療機関については、原疾患治療医にご確認いただくかこちらのURLでご確認ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/ninyosei/index.html>

(※2) 治療期間の初日は、助成対象の温存後生殖補助医療の各治療ステージにおいて最初の治療を行った日とします。

(※3) 国の小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業に基づく、患者からの臨床データ等を収集し、妊よう性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成などの妊よう性温存療法の研究



対象治療・経費・上限額

【表2】

対象となる治療	対象となる経費	助成上限額/1回
表1①の治療で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療	◆対象治療に係る医療保険適用外費用	10万円
表1②の治療で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療	※入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は助成対象外となります。	25万円 *備考1
表1③の治療で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療		30万円 *備考1~4
表1④又は⑤の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療		30万円 *備考1~4

*備考1 以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施する場合は10万円

*備考2 人工授精を実施する場合は1万円

*備考3 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した場合は10万円

*備考4 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外

≪助成回数≫

初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回(40歳以上43歳未満であるときは通算3回)まで

提出資料

以下の資料を、助成対象の治療に係る費用を支払う日の属する年度内に郵送でご提出ください。

【ご自身で記載、用意頂くもの】

- (様式1-6号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請書
- 戸籍謄本

※事実婚の場合は、下記(a)(b)を提出

- (a) 両人の戸籍謄本
- (b) (様式1-8号) 両人の事実婚関係に関する申立書

- 両人の住民票
- 温存後生殖補助医療の実施に要した費用が確認できる領収書の写し
- 上記領収書に対応する診療明細書の写し
- 振込口座がわかるもの(通帳等の写し)

【温存後生殖補助医療機関へ依頼のうえご準備頂くもの】

- (様式1-7号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書
- (様式1-7 別紙)温存後生殖補助医療の詳細
- (様式1-7-2号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書 ※該当のある場合のみ

【原疾患治療実施医療機関へ依頼のうえご準備頂くもの】

- (様式1-3号)大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書
- (様式1-3号[別紙])化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類(男性用又は女性用)

***お問い合わせ先・提出先については、表面に記載の通りです。**