がん患者等の温存後生殖補助医療費用の助成について

北海道では、小児・AYA世代のがん患者等の方々の温存後生殖補助医療の費用の一部を助成します。

1 助成対象となる治療

令和6年4月1日以降に指定医療機関において実施した温存後生殖補助医療が対象です。

(指定医療機関一覧 令和6年4月24日現在)

| 医療機関名 | 所在地 | |
|--------------------|--------------------------|--|
| 医療法人社団神谷レディースクリニック | 札幌市中央区北3条西2丁目2-1日通札幌ビル2F | |
| 札幌医科大学附属病院 | 札幌市中央区南1条西16丁目291番地 | |
| 国家公務員共済組合連合会 斗南病院 | 札幌市中央区北4条西7丁目3-8 | |
| 手稲渓仁会病院 | 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40 | |
| JA 北海道厚生連 札幌厚生病院 | 札幌市中央区北3条東8丁目5番地 | |
| 北海道大学病院 | 札幌市北区北14条西5丁目 | |
| KKR 札幌医療センター | 札幌市豊平区平岸1条6丁目3-40 | |

2 助成対象となる方

次の要件を全て満たす方が対象です。

- ① 申請時に北海道内に住所を有している方
- ② 夫婦のいずれかが、妊よう性温存療法の助成要件を満たし、助成対象治療を受けた場合であって、この治療以外の治療では妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に判断された方
- ③ 婚姻関係を確認できた方
- ④ 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である方
- ⑤ 温存後生殖補助医療指定医療機関において、温存後生殖補助医療を受けた方
- ⑥ 温存後生殖補助医療指定医療機関の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当の医師により、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る方
- ⑦ 温存後生殖補助医療指定医療機関から、温存後生殖補助医療を受けること及びこの事業に基づく研究への臨床情報等を提供することについて説明を受けて、この事業に参加することに同意できる方 (日本がん・生殖医療登録システム(新 JOFR) への参加が必須です。)

3 助成対象治療及び助成上限額

| | 対象となる治療 | 対象となる経費 | 助成上限額 |
|--------------|------------------|------------------|--------|
| 妊よう性温存療法で凍結- | 胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 | ◆対象治療に係る保険適用外費用 | 10万円 |
| | 未受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 | 2 5 万円 |
| | | 事療法費、文書料等の治療に直接関 | ※備考1 |
| | 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 | 係のない費用及び主たる治療を医 | 3 0 万円 |
| | 精子を用いた生殖補助医療 | 療保険適用で実施している場合に | ※備考1~4 |
| | | おける先進医療等における自己負 | |
| た | | 担部分は対象外 | |

- ※備考1 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合は10万円
- ※備考2 人工受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

4 申請に必要な書類

- ① 北海道小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書(第1-2号様式)
- ② 北海道小児・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係る証明書 (温存後生殖補助医療実施医療機関) (第2-2号様式)
- ③ 夫婦であることを証明できる書類

法律婚の場合:ご夫婦お二人の戸籍謄本の写し

事実婚の場合:ご夫婦お二人の戸籍謄本の写し、及びご夫婦お二人の事実婚関係に関する申立書

- ④ 申請時に北海道内に住所を有していることが確認できる助成対象者の住民票 (個人番号の記載がなく、申請時点で発行から3ヶ月以内のもの)
- ⑤ 助成金の振込先の通帳の写し

(金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義、カナ名義の全てが分かるもの)

5 申請期限

温存後生殖補助医療に係る費用の支払日の属する年度内に申請してください。

※温存後生殖補助医療を実施後、期間を置かずにがんなどの原疾患治療を開始する必要がある等のやむを 得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができます。

6 申請先

郵送による申請受付のみとなりますので、書類到着日を申請日とみなします。

なお、簡易書留など記録の残る郵送方法でお送りいただくことをお勧めします。書類到着後、不足書類や確認事項がある場合は電話またはメールで連絡します。

<郵送・問合せ先>

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課がん対策係

電話番号:011-204-5117

FAX番号: 011-232-2013

Eメール: hofuku. kenkou@pref. hokkaido. lg. jp

※各種申請様式は北海道のホームページからダウンロードできます。

https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/ninnyouseionzon.html