

情報提供

那医発第 244 号
令和 4 年 8 月 19 日

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 友利 博朗
理 事 玉城 研太郎



平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。
沖縄県医師会を通じて「沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。つきましては、別添資料を当会ホームページに掲載致しますので、お手数ですがダウンロードをお願いします。

☆ 問合せ先 (那覇市医師会 事務局:宮城・前泊 /電話 098-868-7579)

.....記.....

冲医発第 666号
令和 4年 8月 8日

地区医師会長 殿



沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について

今般、沖縄県保健医療部長より標記文書が発出されましたのでお知らせ致します。

本件は、沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正についての通知となっております。

主な改正の内容としては、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（温存後生殖補助医療）が助成対象に追加になりました。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知の上、貴管下会員への周知方につきご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

- 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について
(令和4年7月21日(保健第335号))

※関係文書は文書管理システムへ掲載いたします。

沖縄県医師会事務局業務2課：赤嶺
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
g2@okinawa.med.or.jp



保健第335号
令和4年7月21日

沖縄県医師会長 殿

沖縄県保健医療部長
(公印省略)

沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について

沖縄県では、令和3年度から小児・思春期・若年成人のがん患者等に対する妊よう性温存療法に要する医療費の一部を助成する沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業を開始しております。

別添のとおり沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱を一部改正しましたので送付します。主な改正の内容としては、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（温存後生殖補助医療）が助成対象に追加になりました。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願いします。

なお、併せて別添「がん診療を行う医療機関一覧」に掲載している各医療機関の管理者あてお知らせしておりますことを申し添えます。

〔添付資料〕

- 1 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱
- 2 患者向けリーフレット「沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業のご案内」
- 3 (参考) がん診療を行う医療機関一覧

【担当】

健康長寿課 がん対策班 外間
TEL:098-866-2209

沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱

(趣旨)

第1条 将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊よう性温存療法及び妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究を促進することを目的とし、これら目的の達成に必要な事項をこの要綱で定めるものとする。

(妊よう性温存療法の対象者)

第2条 この事業の妊よう性温存療法対象者は、以下の条件を全て満たす者とする。

- (1) 第3条に定める対象となる妊よう性温存療法に係る治療の凍結保存時に43歳未満の者
- (2) 以下のいずれかに示す原疾患の治療を必要とする者
 - ア 「小児・思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊よう性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療
 - イ 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等
 - ウ 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coni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
 - エ 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) 知事が第11条第2項①により指定する医療機関（以下「妊よう性温存療法指定医療機関」という。）の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊よう性温存療法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者
ただし、子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合を除く。
- (4) 妊よう性温存療法指定医療機関から妊よう性温存療法を受けること及び本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者
対象者が未成年患者の場合は、親権者または未成年後見人による同意を得た者
- (5) 申請時に、本県に住所を有する者
- (6) 本事業の対象となる費用について、他の都道府県が実施する国の小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱（令和3年3月23日付健発0323第6号厚生労働省健康局長通知。以下「国実施要綱」という。）に基づく助成を複数回受けていない者、若しくはその他国又は地方公共団体の負担による助成を受けていない者

(温存後生殖補助医療の対象者)

第2条の2 この事業の温存後生殖補助医療の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。

- (1) 原則として、夫婦のいずれかが、第2条を満たし、第3条に定める治療を受けた後に、第3条の2に定める対象となる治療を受けた場合であって、第3条の2に定める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者（原則、法律婚の関係にある夫婦を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合をいう。以下同じ。）の関係にある者も対象とすることができる）。
- (2) 治療期間の初日における妻の年齢が原則 43 歳未満（43 歳以上について第6条(1)、(4)及び(5)（第4条、第4条の2及び第8条に関するものは除く。）は対象とするが、第4条、第4条の2及び第8条は当面对象としない。）である夫婦
- (3) 知事が第11条第2項②により指定する医療機関（以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」という。）の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、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者
- (4) 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本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者
- (5) 婚姻関係の確認がなされた者（その確認手法等について）
 - ア 法律婚の場合
両人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。
 - イ 事実婚の場合
 - a～c の書類の提出を求め、確認することとする。
 - a 両人の戸籍謄本（重婚でないことの確認）
 - b 両人の住民票（同一世帯であるかの確認。同一世帯でない場合は、c でその理由について記載を求めること。）
 - c 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第1-6号）なお、事実婚関係にある夫婦が本事業の助成を受ける場合は、温存後生殖補助医療の結果、出生した子について認知を行う意向があることを確認することとする。
- (6) 申請時に、本県に住所を有する者
- (7) 本事業の対象となる費用について、他の都道府県が実施する国実施要綱に基づく温存後生殖補助医療に係る助成を第4条の2に定める回数を超えて受けていない者、若しくはその他国又は地方公共団体の負担による助成を受けていない者

(対象となる妊よう性温存療法に係る治療)

第3条 この事業の対象となる妊よう性温存療法に係る治療については、以下のい

ずれかとする。

- (1) 胚（受精卵）凍結に係る治療
- (2) 未受精卵凍結に係る治療
- (3) 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む。）
- (4) 精子凍結に係る治療
- (5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療

（対象となる温存後生殖補助医療）

第3条の2 この事業の対象となる温存後生殖補助医療については、以下のいずれかとする。

- (1) 第3条(1)で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療
 - (2) 第3条(2)で凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療
 - (3) 第3条(3)で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療
 - (4) 第3条(4)又は第3条(5)で凍結した精子を用いた生殖補助医療
- ただし、以下に係る生殖補助医療は助成対象外とする。

- ① 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの
- ② 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの
- ③ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、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方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

（妊よう性温存療法に係る助成額及び助成回数等）

第4条 妊よう性温存療法に係る助成対象となる費用は、国実施要綱の適用日以後に、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用とする。

ただし、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初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とする。

- 2 治療毎の1回当たりの助成上限額については、別表1で定める。
- 3 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。
なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までとする。
- 4 助成する額は、第1項に定める費用を妊よう性温存療法指定医療機関に支払った妊よう性温存療法の額と、別表1に定めるそれぞれの額と比較して少ない方の額を助成する。

（温存後生殖補助医療に係る助成額及び助成回数等）

第4条の2 温存後生殖補助医療に係る助成対象となる費用は、令和4年4月1日以後に、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用とする。

ただし、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

係のない費用は対象外とする。また、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対象外とする。

- 2 治療毎の1回当たりの助成上限額については、別表2で定める。(詳細については別紙1を参照)
- 3 助成回数は、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歳以上であるときは通算3回)までとする。ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。
- 4 助成する額は、第1項に定める費用を温存後生殖補助医療指定医療機関に支払った温存後生殖補助医療の額と、別表2に定めるそれぞれの額と比較して少ない方の額を助成する。

(知事の役割)

第5条 本事業の実施にあたり、知事は以下の事項を行う。

- (1) 第11条第2項①又は②により指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)、原疾患治療施設及び本県等の連携のもと、次に示す支援を行う体制として、がん・生殖医療連携ネットワーク(以下「ネットワーク」という。)を構築する。

なお、ネットワーク体制の構築に当たっては「地域がん・生殖医療ネットワークの構成と機能に関する研究班の基本的考え」(がん・生殖医療連携ネットワークの全国展開と小児・AYA世代がん患者に対する妊孕性温存の診療体制の均てん化にむけた臨床研究—がん医療の充実を志向して 令和2年度研究代表者：鈴木直)を参考とする。

- ① 対象者が適切に妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療を知り、希望した場合に速やかに、かつ、適切な妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療を受けることができる体制
 - ② 関係者が連携する相談支援体制
- (2) 第2条又は第2条の2に定める対象者が、指定医療機関において第3条又は第3条の2に定める治療に要した費用の一部を助成する。
 - (3) 対象者やその家族等に対して本事業の普及啓発を行うとともに、相談窓口の設置などに努める。特に、原疾患の医療施設等に対して本事業を広く周知する。
 - (4) 助成の状況を明確にするため、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業台帳(様式第8-1号、及び8-2号)を備え付け、助成の状況を把握する。なお、転居等により以前の助成状況を把握していない場合は、前住所地等へ照会するなど適宜確認を行う。

(指定医療機関の役割)

第6条 本事業の実施にあたり、指定医療機関は以下の事項を行う。

- (1) 対象者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行う。

- (2) 妊よう性温存療法指定医療機関は、第2条の対象者に対して第3条に定める治療を実施したことを証明するがん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書（妊よう性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号）を交付する。
- (3) 温存後生殖補助医療指定医療機関は、第2条の2の対象者に対して第3条の2に定める治療を実施したことを証明するがん患者等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）（様式第1-5号）を交付する。
- (4) 臨床情報等のデータを日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。また、定期的（年1回以上）に対象者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。
また、対象者に対して、対象者自身で自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報の入力可能な専用のスマートフォンアプリの取得及び使用を促す。
- (5) 対象者に対して、以下の通り同意を得ること。
 - ① 妊よう性温存療法又は温存後生殖補助医療を受けること及び本事業に基づく研究への臨床情報等の提供を行うことについて説明を行った上で、本事業に参加することの同意を得ること。
 - ② 対象者が未成年の場合は、できる限り本人に対しても説明を行った上で、親権者または未成年後見人による同意を得ること。（第2条対象者に限る。）
 - ③ ②の同意取得時に未成年だった対象者が成人した時点で、検体凍結保存の継続について、説明を行った上で同意を得ること。（第2条対象者に限る。）

（原疾患治療施設の役割）

第7条 本事業の実施にあたり、原疾患治療施設は以下の事項を行う。

- (1) 対象者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行う。
- (2) 第2条の対象者に対して第2条(2)に規定する治療を実施したこと又は実施予定であることを証明するがん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第1-3号）を交付する。

（助成の申請及び決定）

第8条 本事業による助成を受けようとする者は、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書兼請求書（様式第1-1号又は様式第1-4号）及び必要書類を添付した上で妊よう性温存療法に係る費用又は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、知事に申請する。ただし、妊よう性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなど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る。

- 2 知事は、要件を満たしていると認められるときには、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業承認決定通知書（様式第2号）により、要件を満たしていないと認められるときには、その理由を付したがん患者等妊よう性温存療法研究促進事業不承認決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知する。

(助成金の支給)

第9条 知事は助成を行うことが決定した申請者に申請者の指定する金融機関に振り込みの方法により助成金を交付する。

(助成金の返還)

第10条 知事は、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者に対し当該助成した額の全部又は一部の返還を命じることができる。

(指定医療機関の指定等)

第11条 医療機関が、指定医療機関の指定を受けようとするときは、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請書(様式第4号)を知事に提出しなければならない。

1 知事は第1項の申請に対して、以下の①又は②の医療機関を指定医療機関として指定する。

① 本事業の妊よう性温存療法実施医療機関(検体保存機関)として、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が承認(仮承認含む。)した医療機関のうち、第6条(3)を除く。)に定める事項を実施できる医療機関

② 本事業の温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産科婦人科学会が承認(仮承認含む。)した医療機関のうち、第6条(2)を除く。)に定める事項を実施できる医療機関

ただし、日本産科婦人科学会が医療機関を承認するまでの期間については、①の医療機関のうち、第6条(3)に定める事項を実施できる医療機関を温存後生殖補助医療実施医療機関として指定することができる。

なお、令和5年3月31日までに知事の指定を受けた指定医療機関は、令和4年4月1日以後であれば、第5条のネットワーク体制の構築後から指定医療機関の指定を受けていたものとみなす。

3 知事は、第1項の申請書を受理した後、速やかに指定の可否の決定を行い、指定医療機関に対し、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業医療機関指定書(様式第5号)を交付する。

4 指定医療機関が、その名称、所在地等を変更する場合には、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業医療機関変更届(様式第6号)により、知事に届けなければならない。

5 指定医療機関が指定を辞退しようとする場合は、あらかじめがん患者等妊よう性温存療法研究促進事業医療機関指定辞退申出書(様式第7号)により、知事に申し出なければならない。

6 知事は、指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。取消しに当たっては、他の指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることのないよう対応することを指示することや、十分な周知を行う等の対応を行う。

7 他の都道府県に所在する医療機関が、他の都道府県知事による国実施要綱に基づく医療機関の指定を受けている場合は、本県の指定医療機関とみなす。

(秘密の保持)

第12条 本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、本事業によって知り得た情報の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人情報の取扱いについては、その保護に十分配慮すること。

(その他)

第13条 この実施要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年6月9日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年7月19日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

別表 1 (第 4 条関係)

対象となる治療	1 回あたりの助成上限額
胚 (受精卵) 凍結に係る治療	3 5 万円
未受精卵凍結に係る治療	2 0 万円
卵巣組織凍結に係る治療 (組織の再移植を含む)	4 0 万円
精子凍結に係る治療	2 万 5 千円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	3 5 万円

別表 2 (第 4 条の 2 関係)

対象となる治療	1 回あたりの助成上限額
第 3 条(1)で凍結した胚 (受精卵) を用いた生殖補助医療	1 0 万円
第 3 条(2)で凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療	2 5 万円 ※ 1
第 3 条(3)で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	3 0 万円 ※ 1 ~ 4
第 3 条(4)又は(5)で凍結した精子を用いた生殖補助医療	3 0 万円 ※ 1 ~ 4

※ 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は 10 万円

※ 2 人工授精を実施する場合は 1 万円

※ 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

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

別紙 1 温存後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

4-1 (1) で実施した胚 (受精卵) を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	(注) 種類 1	商品番号	2次胚移植	胚の凍結
	1.0万円			胚移植 異体移植手続法	

4-1 (2) で実施した未受精卵を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	卵子凍蔵	採卵 (欠)	受精	胚移植手続		2次胚移植		胚の凍結
					胚移植	異体移植手続法	胚移植	異体移植手続法	
A (新鮮胚移植を実施)	2.5万円								
B (凍結胚移植を実施)	2.5万円								
C (新鮮に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	1.0万円								
D (胚凍不具合により胚移植の中止を要請した)	2.5万円								
E (受精できません)	2.5万円								

4-1 (3) で実施した卵母細胞凍蔵後の生殖補助医療

治療内容	助成上限額	胚移植まで		採卵 (欠)	受精	新鮮胚移植		2次胚移植		胚の凍結
		商品番号 (凍蔵期)	商品番号 (注) 1			胚移植	異体移植手続法	胚移植	異体移植手続法	
A (新鮮胚移植を実施)	3.0万円									
B (凍結胚移植を実施)	3.0万円									
C (新鮮に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	1.0万円									
D (人工受精を実施)	1万円									
E (胚凍不具合により胚移植の中止を要請した)	3.0万円									
F (受精できません)	3.0万円									
G (凍結した卵子が解凍されない、又は胚移植の中止を要請した)	1.0万円									
H (胚凍不具合、胚凍不具合により胚移植の中止を要請した)	対象外									

4-1 (4) 及び (5) で実施した精子を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	胚移植まで		(精子凍蔵)	受精	新鮮胚移植		2次胚移植		胚の凍結
		商品番号 (凍蔵期)	商品番号 (注) 1			胚移植	異体移植手続法	胚移植	異体移植手続法	
A (新鮮胚移植を実施)	3.0万円									
B (凍結胚移植を実施)	3.0万円									
C (新鮮に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	1.0万円									
D (人工受精を実施)	1万円									
E (胚凍不具合により胚移植の中止を要請した)	3.0万円									
F (受精できません)	3.0万円									
G (凍結した精子が解凍されない、又は胚移植の中止を要請した)	1.0万円									
H (凍結精子を送達しない、又は胚移植の中止を要請した)	対象外									
I (胚凍不具合、胚凍不具合により胚移植の中止を要請した)	対象外									

様式第1-1号 (第8条関係)

沖縄県
がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書兼請求書
(妊よう性温存療法分)

沖縄県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (妊よう性温存療法を受けた者が未婚で未成年の場合、親権者名又は未成年後見人名を記載)	ふりがな						妊よう性温存療法を受けた者との関係		
	氏名								
	生年月日・性別	年 月 日生			男・女				
	住所	〒 - - - - -							
電話番号	- - - - -								
妊よう性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな								
	氏名								
	生年月日・性別	年 月 日生			男・女				
	住所	〒 - - - - -							
電話番号	- - - - -								
妊よう性温存療法研究促進事業 (妊よう性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)						1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }			
沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか						はい いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません			
添付書類 <small>(追加書類を求められることがあります。)</small>	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊よう性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 住民票(続柄の記載があるもの、個人番号の記載がないもの、発行から3カ月以内のもの) <input type="checkbox"/> 振込先の通帳の写し又はそれに準ずるもの(銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義が分かるもの)								
妊よう性温存療法に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。									
振込先 <small>(申請者名義)</small>	フリガナ			金融機関名			支店名	支店	
	口座名義			口座番号					
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号					
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)									
・ 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・ 本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。									
年 月 日									
申請者氏名 (自署)						助成決定金額 ※沖縄県使用欄			
						円			

◎注意事項

- 1 助成決定金額は、沖縄県から文書で通知します。
- 2 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、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初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 3 助成額は、妊よう性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 4 助成回数は、合計2回までです。
- 5 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 6 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 7 申請は、妊よう性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に行ってください。

申請方法

〔持参する場合〕

沖縄県那覇市泉崎1-2-2
沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班（県庁4階東側）

※受付時間は平日（月曜から金曜日、祝祭日・年末年始除く）の
午前8時半～正午、午後1時～午後5時15分まで

〔郵送する場合〕

〒900-8570
沖縄県那覇市泉崎1-2-2
沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班 宛て

問合せ先

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班

TEL：098-866-2209

沖縄県
がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書
(妊よう性温存療法実施医療機関)

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 妊よう性温存療法主治医氏名 _____
 (直署)

妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな					
	氏名	-----				
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女
がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業の指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ				
妊よう性温存療法について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 ()				
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) 一都道府県名 { }				
治療方法	I	男性へ妊よう性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 精子凍結保存	妊よう性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊よう性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()				
	II	女性へ妊よう性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 胚(受精卵)凍結保存	妊よう性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊よう性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
		2 未受精卵凍結保存	実施医療機関 ()			
3 卵巣組織凍結保存						
III	I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)					
	他医療機関への依頼	あり ・ なし	院外処方	あり ・ なし		
医療機関名 ()						
依頼内容 ()						
上記の医療費について、今回の領収金額に		含む ・ 含まない				
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおり)				
備考(※3)						

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

※2 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

※3 妊よう性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や検卵誘発剤などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊よう性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、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初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・ 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

沖縄県
がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した(実施予定である)ことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

原疾患治療主治医氏名

(自署)

妊よう性 温存療法 を受けた者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女
治療方法	原疾患について					
	原疾患名(※)		左記の診断日			
	()		年 月 日			
		診断医療機関名				
		()				
原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療						
治療内容に○を付けてください。 (複数可)			事業の対象となる原疾患治療を開始した日 又は開始予定日			
1 薬物療法			年 月 日			
2 放射線療法						
3 その他			実施医療機関名			
()			()			
妊よう性温存療法実施医療機関名						
()						
妊よう性温存療法研究促進事業 (妊よう性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)			1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 ()			

※ 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

沖縄県
がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書兼請求書
(温存後生殖補助医療分)

沖縄県知事 様

次のとおり申請します。

		年	月	日	
申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日生
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒 -			
	電話番号			患者アプリ番号(12桁) ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由				
夫 (申請者と 同じであれ ば記入不 要)	ふりがな			生年月日	
	氏名			年 月 日生	
妻 (申請者と 同じであれ ば記入不 要)	ふりがな			生年月日	
	氏名			年 月 日生	
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか		【添付書類】 (添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 沖縄県がん患者等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)(様式第1-5号) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 <input type="checkbox"/> 住民票(続柄の記載があるもの、個人番号の記載がないもの、発行から3ヶ月以内のもの) <input type="checkbox"/> 振込先の通帳の写し又はそれに準ずるもの(銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義が分かるもの)			
ない ・ ある →過去 () 回受けた					
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()					
振込先	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名			支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 					
年 月 日					
申請者氏名 (自署)					助成決定金額 ※沖縄県使用欄
					円

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、沖縄県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、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は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、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となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 6 医療機関によっては、様式第1-5号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。

申請方法

〔持参する場合〕

沖縄県那覇市泉崎1-2-2
沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班（県庁4階東側）

※受付時間は平日（月曜から金曜日、祝祭日・年末年始除く）の
午前8時半～正午、午後1時～午後5時15分まで

〔郵送する場合〕

〒900-8570
沖縄県那覇市泉崎1-2-2
沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班 宛て

問合せ先

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班
TEL：098-866-2209

沖縄県
がん患者等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)

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の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

主治医氏名(自署)

温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
妊よう性温存療法を受けた者(※2)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
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の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ	
過去に妊よう性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか ない ・ ある ー 過去 () 回受けた (助成を受けたことがある場合) 助成を受けた都道府県名 ()			
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性温存療法実施後に実施した次の治療です。 該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 実施医療機関 ()
	II	Iにおいて、2~4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 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	
	II	I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※3) 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない	
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)	
備考			

※1 妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。

※2 生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室
- ・ 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の費用は対象外です。
- ・ 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

様式1-6 (第2条の2関係)

事実婚関係に関する申立書

____年____月____日

下記二名については、事実婚関係にあります。

本事業の温存後生殖補助医療の結果、出生した子については認知を行う意向です。

①

住所 _____

氏名 _____

②

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

沖縄県知事 殿

様式第2号（第8条関係）

沖縄県指令保 号
年 月 日

殿

沖縄県知事

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業
承認決定通知書

年 月 日付けで申請（通算 回目）のあった
（妊よう性温存療法・温存後生殖補助医療）に要する費用の助成について、
承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知する。

助成することとした額 金 _____ 円

様式第3号(第8条関係)

沖縄県指令保 号
年 月 日

殿

沖縄県知事

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業
不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった
(妊よう性温存療法・温存後生殖補助医療)に要する費用の助成について、
不承認としたので通知する。

不承認とした理由 _____ のため

様式第5号（第11条関係）

沖縄県指令保第 号
年 月 日

殿

沖縄県知事

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業医療機関指定書

年 月 日付け申請については、沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱に基づき、下記のとおり指定します。

記

- 1 指定する医療機関の名称
- 2 指定する医療機関の所在地
- 3 指定医療機関の種類
 - 妊よう性温存療法指定医療機関
 - 温存後生殖補助医療指定医療機関

様式第6号（第11条関係）

第 号
年 月 日

沖縄県知事 殿

指定医療機関代表者
住所（法人の場合は所在地）
氏名（法人の場合は名称及び代表者名）

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業医療機関変更届

このことについて、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 医療機関の名称
- 2 医療機関の所在地
- 3 変更事項及び変更年月日
- 4 変更理由

様式第7号（第11条関係）

第 号
年 月 日

沖縄県知事 殿

指定医療機関代表者
住所（法人の場合は所在地）
氏名（法人の場合は名称及び代表者名）

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業
医療機関指定辞退申出書

このことについて、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 医療機関の名称
- 2 医療機関の所在地
- 3 指定を辞退する年月日
- 4 辞退する理由

様式第8-1号 (第5条関係)

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業台帳 (妊よう性温存療法分)

受給者番号								
申請者	氏名					対象者との関係		
	生年月日	年	月	日	生	性別	男・女	
	住所							
	電話番号							
対象者※	氏名							
	生年月日	年	月	日	生	性別	男・女	
	住所							
	電話番号							

※申請者と対象者が異なる場合に記入する。

助成回数	助成承認決定日	助成額	助成した妊よう性温存療法の種類	妊よう性温存療法実施医療機関	備考
1回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 卵子凍結 <input type="checkbox"/> 卵巢組織凍結 <input type="checkbox"/> 精子凍結 <input type="checkbox"/> 精子凍結(精巣内精子採取術)		
2回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 卵子凍結 <input type="checkbox"/> 卵巢組織凍結 <input type="checkbox"/> 精子凍結 <input type="checkbox"/> 精子凍結(精巣内精子採取術)		

様式第8-2号 (第5条関係)

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業台帳 (温存後生殖補助医療分)

受給者番号								
申請者	氏名						対象者との関係	
	生年月日	年	月	日	生	性別	男・女	
	住所							
	電話番号							
対象者※	氏名							
	生年月日	年	月	日	生	性別	男・女	
	住所							
	電話番号							

※申請者と対象者が異なる場合に記入する。

助成回数	助成承認決定日	助成額	助成した温存後生殖補助医療の種類	温存後生殖補助医療実施医療機関	備考
1回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		
2回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		
3回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		
4回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		
5回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		
6回目	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 凍結胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結未受精卵を用いた生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 卵巣組織再移植後の生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 凍結精子を用いた生殖補助医療		



沖縄県では、将来子どもを産み育てることを望む小児・思春期・若年成人のがん患者等が、希望をもって治療に取り組めるように、将来子どもを出産することが出来る可能性を温存するための「妊よう性*温存療法」及び「妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（温存後生殖補助医療）」に要する費用の一部を助成します。（*妊よう性＝妊娠する力）

次の①～⑥の全てを満たす者が、助成の対象となります。

- ① 沖縄県内に住所を有する者（助成申請時）
- ② 43歳未満（対象となる妊よう性温存療法に係る治療の凍結保存時）の者
- ③ 次の■のいずれかに示す原疾患の治療を必要とする者
 - 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療
 - 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患
 - 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など）
 - 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、ループス腎炎など）
- ④ 県知事が指定する妊よう性温存療法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医師により、妊よう性温存療法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者（ただし、子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く）
- ⑤ 妊よう性温存療法指定医療機関から妊よう性温存療法を受けること及び本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者
- ⑥ 本事業の対象となる費用について、その他国又は地方公共団体の負担による助成を受けていない者

以下の妊よう性温存治療に対して助成が行われます。通算2回まで助成が受けられます。

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| ① 胚（受精卵）凍結：35万円 | ④ 精子凍結：2万5千円 |
| ② 未受精卵凍結：20万円 | ⑤ 精子凍結（精巣内精子採取術）：35万円 |
| ③ 卵巣組織凍結：40万円 | |



以下の①～⑤の書類を、妊よう性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に提出してください。

- ① 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書兼請求書（様式第1-1号）
- ② 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書（妊よう性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号）
- ③ 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第1-3号）
- ④ 住民票（続柄の記載があるもの、個人番号の記載がないもの、発行から3ヶ月以内のもの）
- ⑤ 振込先の通帳の写し、またはそれに準ずるもの（銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義が分かるもの）

- ※ 上記以外に、追加書類を求められることがあります。
※ 各種様式は、本県ホームページからダウンロードできます。

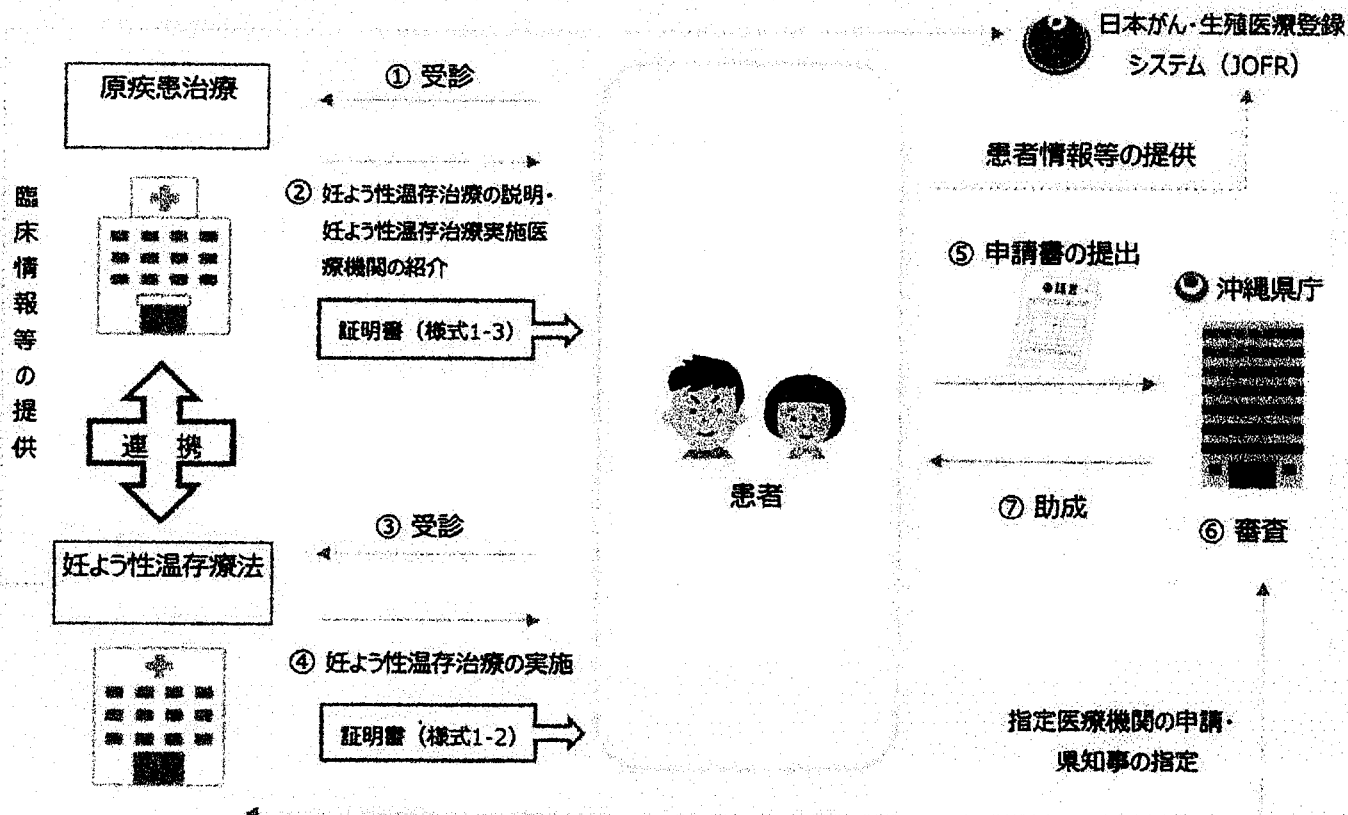


妊よう性温存療法指定医療機関

以下の妊よう性温存療法指定医療機関※で受療した妊よう性温存療法に要した費用が助成の対象となります。

医療機関名	所在地
琉球大学病院	〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原207番地
友愛医療センター	〒901-0224 沖縄県豊見城市字与根50番地5

※ 他都道府県知事から指定を受けている県外の医療機関は、本県の指定医療機関とみなします。



〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班

TEL: 098-866-2209 (直通) FAX: 098-866-2289

郵送する場合: 上記申請先あて郵送してください。

持参する場合: 月曜日～金曜日(祝祭日除く)の9時～17時の間に、上記申請先まで提出ください。

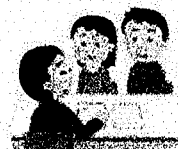
次の①～⑧の全てを満たす者が、助成の対象となります。

- ① 沖縄県内に在住している者（助成申請時）
- ② 婚姻関係の確認がなされた者（※事実婚含む）
- ③ 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
- ④ 夫婦のいずれかが、妊よう性温存療法の対象者の条件を満たし、妊よう性温存療法を受けた後に、凍結した検体を用いて、県知事が指定する温存後生殖補助医療指定医療機関で、生殖補助医療を受けた者
- ⑤ 温存後生殖補助医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者
- 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者
- 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本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者
- ⑧ 本事業の対象となる費用について、その他国又は地方公共団体の負担による助成を受けていない者

以下の温存後生殖補助医療に対して助成が行われます。

治療期間初日の妻の年齢により助成回数が異なります。（40歳未満：通算6回、40歳以上：通算3回）

- ① 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療：10万円
- ② 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療：25万円
- ③ 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療：30万円
- ④ 凍結した精子を用いた生殖補助医療：30万円



【助成対象外】

- ・卵胞が発育しない、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
- ・夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの
- ・借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの
- ・代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

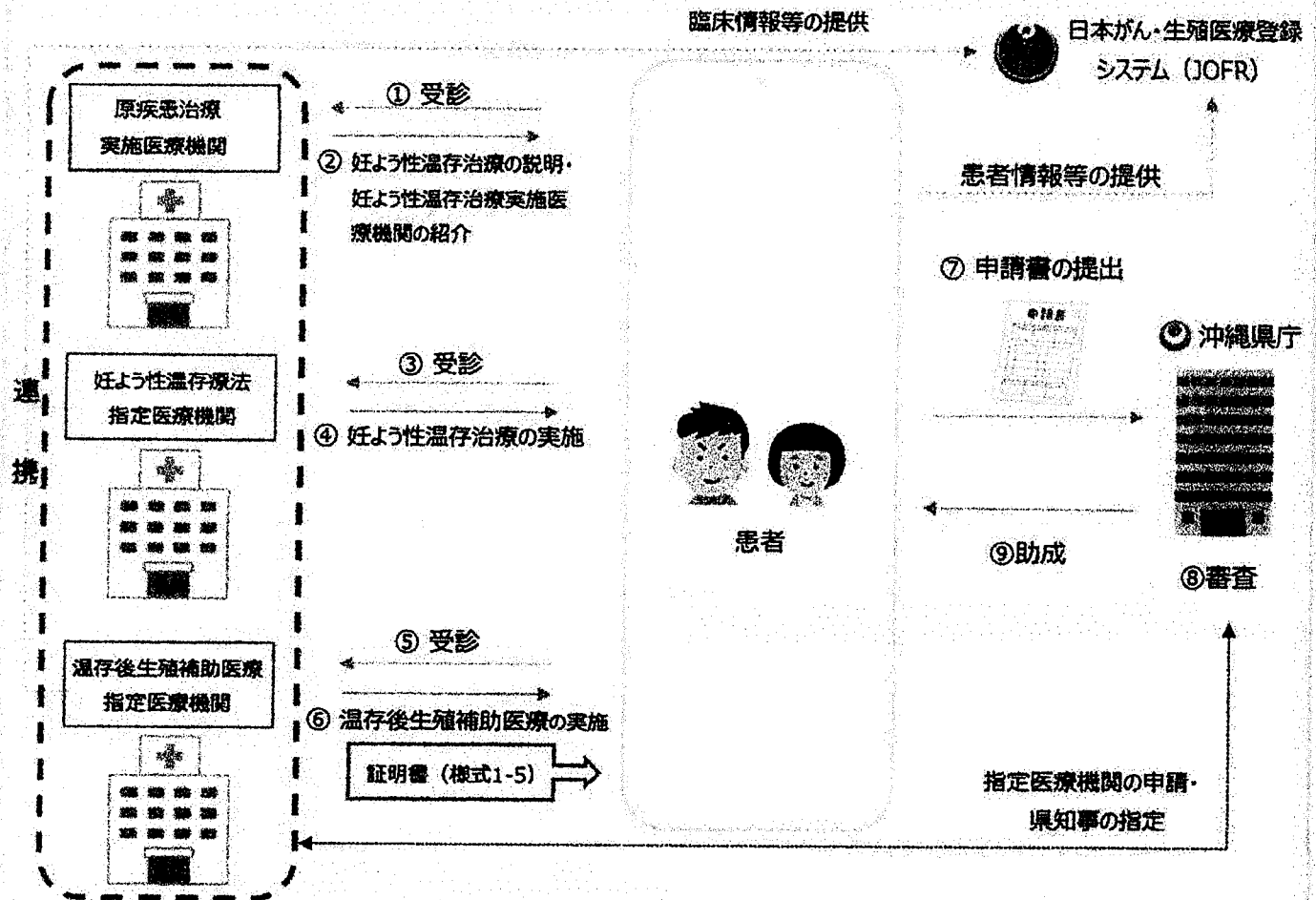
以下の①～⑤の書類を温存後生殖補助医療に係る費用の支払日の属する年度内に提出してください。

- ① 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書兼請求書（温存後生殖補助医療分）（様式第1-4号）
- ② 沖縄県がん患者等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）（様式第1-5号）
- ③ 夫婦であることを証明できる書類
法律婚の場合：両人の戸籍謄本
事実婚の場合：a.両人の戸籍謄本 b.両人の住民票（同一世帯でない場合は、Cでその理由を記載）
c.両人の事実婚関係に関する申立書（様式第1-6号）
- ④ 住民票（続柄の記載があるもの、個人番号の記載がないもの、発行から3ヶ月以内のもの）
- ⑤ 振込先の通帳の写し、またはそれに準ずるもの（銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義が分かるもの）

※ 上記以外に、追加書類を求められることがあります。

※ 各種様式は、本県ホームページからダウンロードできます。





〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 保健医療部 健康長寿課 がん対策班

TEL: 098-866-2209 (直通) FAX: 098-866-2289

郵送する場合: 上記申請先あて郵送してください。

持参する場合: 月曜日~金曜日(祝祭日除く)の9時~17時の間に、上記申請先まで提出ください。

(2022年7月版)

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
 令和2年度に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
 掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
 掲載の内容は、令和3年10月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合があります。

(令和3年10月時点)

がん診療連携拠点病院等		医療体制		大腸がん		肺がん		胃がん	
		掲載要件を充足している医療機関							
北部	【地域がん診療病院】 北部地区医師会病院(名護市)	北部地区医師会病院(名護市)							
中部	【地域がん診療連携拠点病院】 県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市) 中部徳洲会病院(北中城村) 沖縄病院(宜野湾市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市)
南部	【都道府県がん診療連携拠点病院】 琉球大学病院(西原町) 【地域がん診療連携拠点病院】 那覇市立病院(那覇市)	琉球大学病院(西原町) 那覇市立病院(那覇市) 沖縄赤十字病院(那覇市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)	琉球大学病院(西原町) 那覇市立病院(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 友愛医療センター(豊見城市)
宮古	【地域がん診療病院】 県立宮古病院(宮古島市)	県立宮古病院(宮古島市)							
八重山	【地域がん診療病院】 県立八重山病院(石垣市)	県立八重山病院(石垣市)							

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】

令和2年度に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。

掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。

掲載の内容は、令和3年10月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

(令和3年10月時点)

		乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん・膵臓がん	食道がん
北部	北部地区医師会病院(名護市)					
	県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市)	中部病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市)
中部	中部病院(沖縄市)				中部病院(沖縄市)	中部病院(沖縄市)
	中部健康会病院(北中城村)					
	ハートライフ病院(中城村)				ハートライフ病院(中城村)	
	琉球大学病院(西原町)					
南部	那覇市立病院(那覇市)	琉球大学病院(西原町)	琉球大学病院(西原町)	琉球大学病院(西原町)	那覇市立病院(那覇市)	琉球大学病院(西原町)
	浦添総合病院(浦添市)			浦添総合病院(浦添市)	浦添総合病院(浦添市)	那覇市立病院(那覇市)
	沖縄協同病院(那覇市)					
	沖縄赤十字病院(那覇市)					
	友愛医療センター(豊見城市)					
	マンマ家クリニック(浦添市)			友愛医療センター(豊見城市)		
	宮良クリニック(浦添市)					
	那覇西クリニック(那覇市)					
那覇西クリニックまかひ(那覇市)						
宮古						
八重山						

掲載要件を充足している医療機関

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】

令和2年度に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別途掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。掲載の内容は、令和3年10月時点の県内医療機能に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

(令和3年10月時点)

	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍	放射線療法	緩和ケア
北都			薬物療法を実施している医療機関 ○：常勤の血液専門医在籍 県立北部病院(名護市) ○ たいら内科クリニック(名護市)	放射線療法を実施している医療機関 ○：常勤の放射線専門医(学会認定)在籍	緩和ケアチームを有している医療機関 ○：緩和ケア研修を修了した医師在籍 ○ 北部地区医師会病院(名護市)
中部	県立中部病院(うるま市) 中部徳洲会病院(北中城村)	県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市) 中部徳洲会病院(北中城村)※移籍 ○ ハートライフ病院(中城村)	県立中部病院(うるま市) 中部病院(沖縄市) 中部徳洲会病院(北中城村) 沖縄病院(宜野湾市) ○ ハートライフ病院(中城村) 中環病院(沖縄市)	県立中部病院(うるま市) 中部徳洲会病院(北中城村) 沖縄病院(宜野湾市) ○ ハートライフ病院(中城村) 中環病院(沖縄市)
南部	琉球大学病院(西原町) 那覇市立病院(那覇市) 友愛医療センター(豊見城市)	琉球大学病院(西原町)	琉球大学病院(西原町)※移籍 那覇市立病院(那覇市) 沖縄赤十字病院(那覇市) 沖縄協同病院(那覇市) 与那原中央病院(与那原町)	琉球大学病院(西原町) 那覇市立病院(那覇市) 沖縄赤十字病院(那覇市) 友愛医療センター(豊見城市)	琉球大学病院(西原町) 那覇市立病院(那覇市) 県立那覇医師会セカンドビル(那覇市) 浦添総合病院(浦添市) 711ハチストゲイムセンター(西原町) 大浜第一病院(那覇市) 沖縄協同病院(那覇市) 沖縄赤十字病院(那覇市) 与那原中央病院(与那原町) 豊見城中央病院(豊見城市) 那覇西クリニック(那覇市)
喜古					県立喜古病院(喜古島市)
八重山					県立八重山病院(石垣市)