

がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業のご案内

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予算の範囲内で助成します。（*妊よう性＝妊娠する力）

妊よう性温存療法に係る助成

1. 助成の対象者

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

2. 対象の治療と助成上限額及び回数

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 | |

3. 助成申請に必要な書類・提出期限

以下の①～⑦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。

※ ただし、**予算上限に達した場合、年度途中で受付を終了することがありますので、治療を終えたら速やかに申請してください。**

- 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領収金額内訳証明書（妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第1-3号）※必要に応じて
- ④ 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1-4号）
- ⑤ 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）
- ⑥ 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）
- ⑦ 夫婦であることを証明できる書類（胚凍結の場合）
 - 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1-8号）



※ 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。

4. 沖縄県知事が指定する医療機関（指定医療機関）

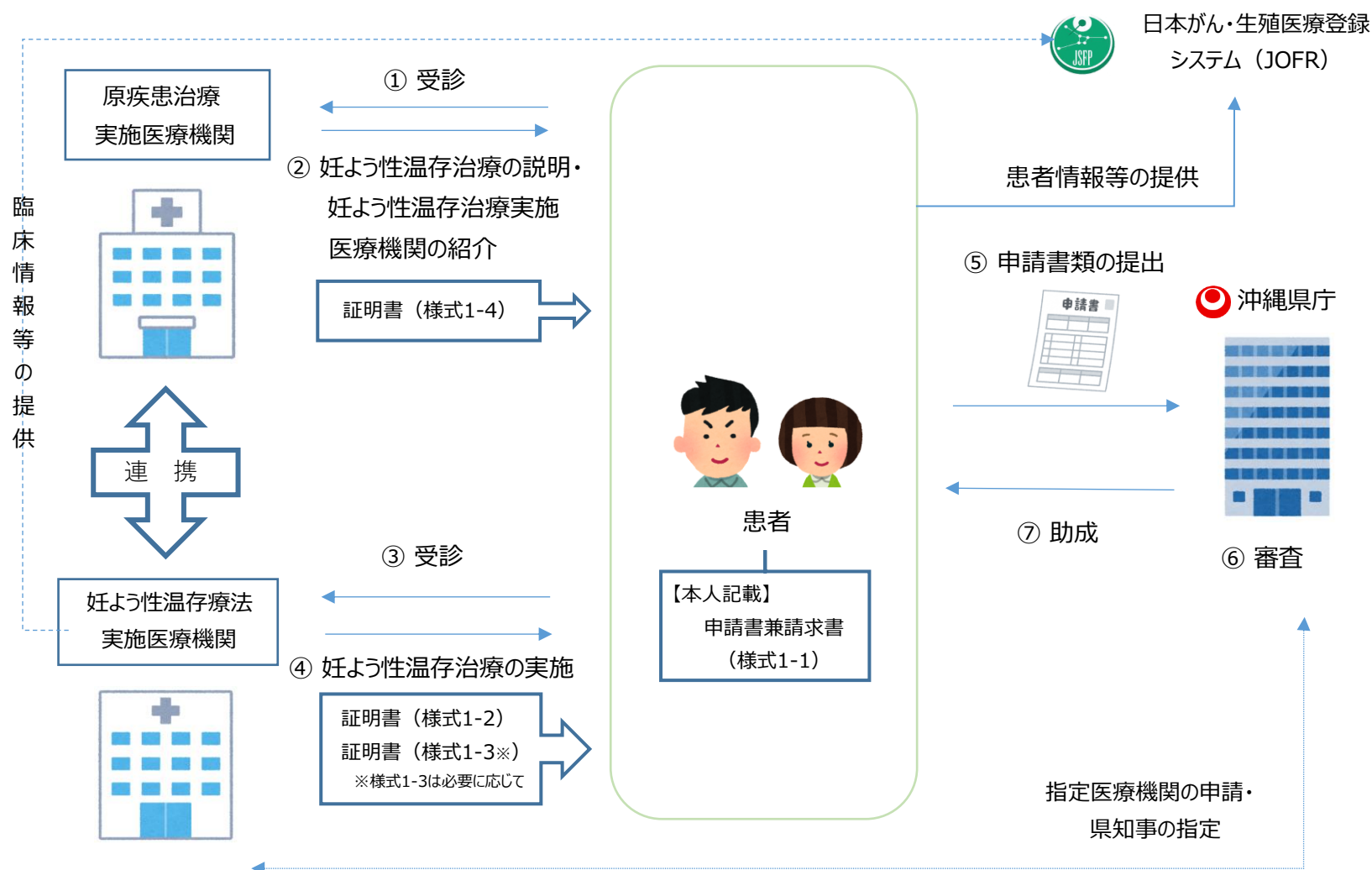
妊よう性温存療法指定医療機関

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	〒901-2725 沖縄県宜野湾市字喜友名1076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。

5. 助成申請手続の流れ



6. 申請先・お問い合わせ先と申請方法

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 保健医療介護部 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。

温存後生殖補助医療に係る助成

1. 助成の対象者

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

2. 対象の治療と助成上限額及び回数

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



3. 助成申請に必要な書類

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。

※ ただし、**予算上限に達した場合、年度途中で受付を終了することがありますので、治療を終えたら速やかに申請してください。**

- 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1-5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1-6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領収金額内約証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関）（様式第1-7号）※必要に応じて
- ④ 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1-9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。

4. 沖縄県知事が指定する医療機関（指定医療機関）

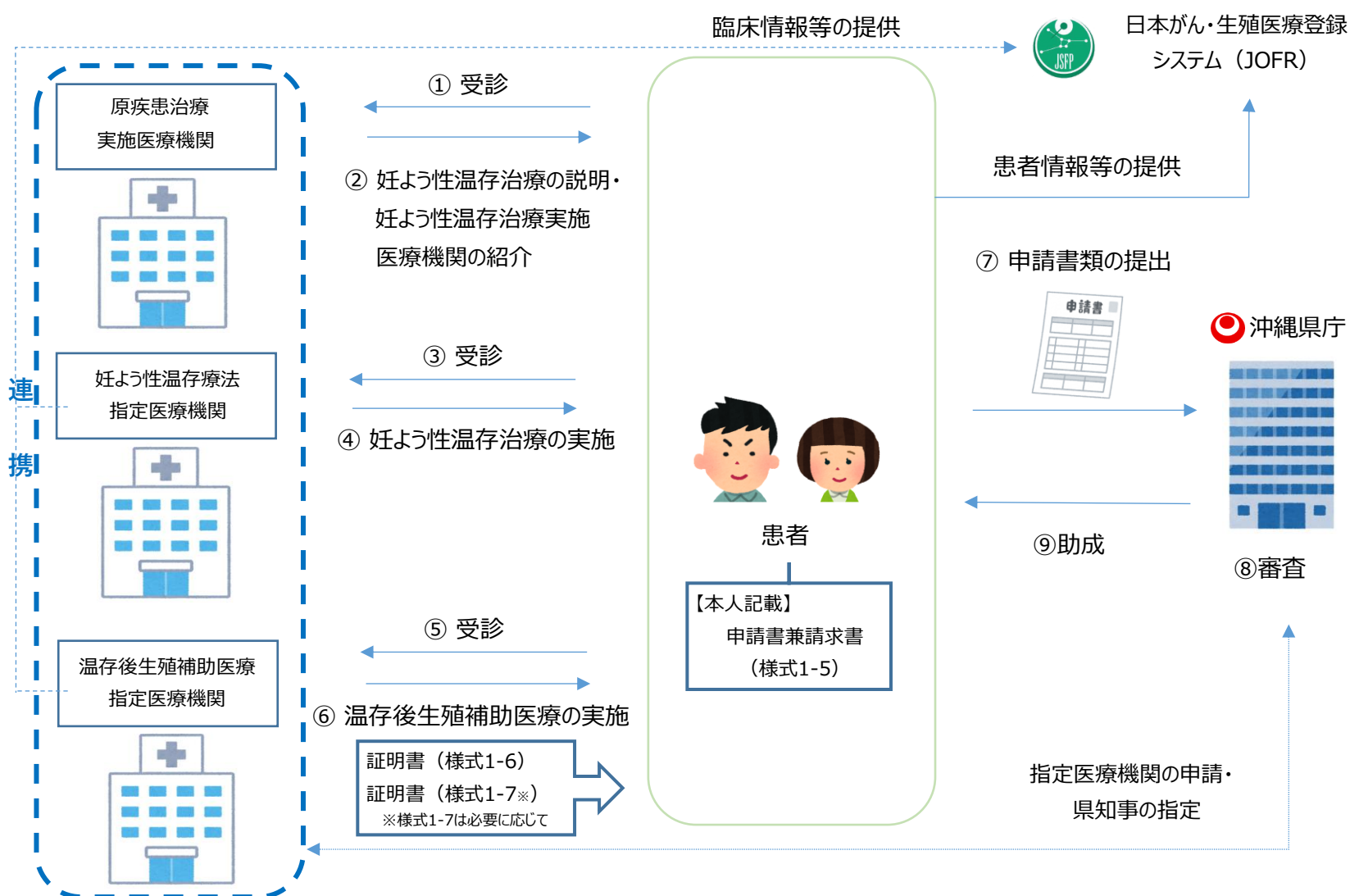
温存後生殖補助医療指定医療機関

以下の温存後生殖補助医療指定医療機関※で受療した温存後生殖補助医療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	〒901-2725 沖縄県宜野湾市字喜友名1076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。

5. 助成申請手続の流れ



6. 申請先・お問い合わせ先と申請方法

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 保健医療介護部 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。

（2025年3月版）