

# いしかわプレ妊活健診助成事業実施要綱

## (目的)

第1条 この事業は、将来出産を希望する夫婦が、本格的な妊活に取り組む前に、将来の妊娠を考えて健康状態を確認するとともに妊娠に関する正しい知識を学ぶ「いしかわプレ妊活健診」（以下「プレ妊活健診」という。）を実施することにより、夫婦に対し、ライフプランについて考えるための機会を提供することを目的とする。

## (実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、市町とする。

## (対象者)

第3条 この事業の対象者は、次の要件を全て満たすものとする。

- (1) 法律上の婚姻関係にある夫婦であること。
- (2) 健診日における妻の年齢が40歳未満であること。
- (3) 健診日における妻の年齢が30歳以上である場合は、婚姻後2年以内であること。ただし、令和5年3月31日まではこの限りでない。
- (4) 夫婦の両者又は一方が、石川県内に住所を有する者であること。

## (実施医療機関)

第4条 この事業の実施医療機関は、この要綱に基づき事業に協力可能な産婦人科医療機関とする。

2 実施医療機関は、この要綱に定めるほか、石川県が実施する事業の評価及び検証のための調査に協力するものとする。

## (実施手順)

第5条 プレ妊活健診の実施手順は次のとおりとする。

- (1) 実施医療機関は、対象者から、対象者の居住する市町が発行する受診券（様式第1号）の提出を受けるものとする。
- (2) 実施医療機関は別表に定める項目により、対象者の健康状態を確認する健診を行い、結果を通知するとともに、別途、所定の冊子を用いた健康教育を実施するものとする。
- (3) 実施医療機関は、別表に定める項目のほか、希望者へは精子簡易チェックキットを配布することとし、配布にあたっては、利用申込書兼同意書の提出を受けるものとする。
- (4) 実施医療機関は、健診の結果、生活改善や治療が必要と判断された対象者に対し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて自らもしくは他の医療機関と連携して治療を実施するものとする。

## (費用)

第6条 プレ妊活健診は別表に定める項目により実施医療機関が実施するものとし、その費用は、実施医療機関の請求に基づき、石川県国民健康保険団体連合

会（以下「国保連合会」という。）を通じて市町から委託料として実施医療機関に支払うものとする。ただし、費用の負担は夫婦1組につき1回までとする。

2 前項の規定にかかわらず、別表に定める項目のほかに検査等を実施することで発生する費用については、実施医療機関が対象者に直接請求するものとする。

（健診結果報告及び費用の請求）

第7条 実施医療機関は毎月、その月に行った健診の「健診結果報告書（委託業務結果報告書）（様式2号）」に「健診結果用紙」及び「受診券（様式第1号）」を添付し、翌月10日までに受診券を発行する市町に報告するとともに「請求書（様式3号）」により費用を請求するものとする。ただし、送付先については、国保連合会とする。

（留意事項）

第8条 本事業の実施にあたっては、申請者のプライバシーの保護に十分留意しなければならない。

（県の補助）

第9条 本事業に要する経費は、市町の負担とし、県は予算の範囲内において別に定めるところにより補助するものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に知事が定めるところによる。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

## いしかわプレ妊活健診助成事業における健診項目

	判定項目	検査内容
男性	基本検査	身長・体重・腹囲・血圧
	糖代謝	随時血糖
	脂質代謝	LDL-C・HDL-C・TG
	肝機能	AST・ALT・ $\gamma$ -GT

	判定項目	検査内容
女性	基本検査	身長・体重・腹囲・血圧
	糖代謝	HbA1c・随時血糖
	甲状腺機能	TSH・FT4
	性感染症	クラミジア・梅毒・淋病
	経膈エコー	超音波検査

様式第1号

いしかわプレ妊活健診受診券									
市町番号									
市町名									
受診者番号									
夫	氏名								
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳			
	住所								
妻	氏名								
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳			
	住所								
婚姻年月日	平成 令和	年	月	日					
有効期限	令和	年	月	日					
令和 年 月 日									
〇〇市長 〇〇 〇〇									

※有効期限内に受診できなかった場合は、再発行が必要となりますので、お住まいの市町にお問い合わせください。

# 検査結果報告書

## (委託業務結果報告書)

1. 事業名 いしかわプレ妊活健診助成事業
2. 委託金額 \_\_\_\_\_ 円 (令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月分)
3. 事業内訳

実施件数(a)	1件あたりの単価(b)	合計 (a×b)
件	26,600円	円

上記委託業務のうち、\_\_\_\_ 月分の業務を終了しましたので報告します。

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(あて先) ○○市(町)長

医療機関コード

医療機関名

住 所

契約者氏名

※以下は、石川県国民健康保険団体連合会記入 返戻データ

種別	件数	金額

# 請 求 書

金 額	億	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

(あて先) ○○市(町)長

医療機関コード \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 内 訳

事業名	単価	数量	単位	金額
いしかわプレ妊活健診助成事業	26,600円		件	

※以下は、石川県国民健康保険団体連合会記入  
返戻データ

種別	件数	金額