

別表1（第4条関係）

補助対象経費	基準額	助成率
特定不妊治療のうち、保険適用されている治療と併せて実施する厚生労働大臣が定める先進医療（厚生労働省告示）に要する経費	子宮内膜刺激術	40,000円／回
	タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養	23,000円／回
	子宮内膜擦過術	10,000円／回
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	24,000円／回
	子宮内膜受容能検査1	138,000円／回
	子宮内細菌叢検査1	56,000円／回
	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別	10,000円／回
	二段階胚移植法（新鮮胚移植）	75,000円／回
	二段階胚移植法（凍結融解胚移植）	120,000円／回
	子宮内細菌叢検査2	44,000円／回
	子宮内膜受容能検査2	138,000円／回
	膜構造を用いた生理学的精子選択術	25,000円／回
	着床前胚異数性検査	1 受精胚目 120,400円／回 2 受精胚目以降 66,400円／回

7 / 10