

プレコンセプションケアに取り組む女性への支援 ～大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業について～

大阪府では、妊娠・出産の希望を含むライフプランを考え、日々の健康と向き合う「プレコンセプションケア（略称：プレコン）」を推進するとともに、必要に応じて医療につながる機会を提供することを目的として、「早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業」を実施します。

お知らせ

・AMH検査費・卵子凍結費の助成金をご申請される方へ

令和7年度に実施されたAMH検査及び卵子凍結の助成金申請期限は、**令和8年3月31日**までです。

4月1日以降は原則申請を受付できませんので、AMH検査、卵子凍結の治療が終了された方は、速やかにご申請ください。

・令和7年度のプレコン講座の日程を掲載しました。

プレコン講座についての詳細は、[こちら](#)をご確認ください。

<医療機関の皆様へ>

大阪府が示す要件を満たす施設を登録医療機関（AMH検査を実施する医療機関）及び指定医療機関（卵子凍結・生殖補助医療を実施する医療機関）として募集し、大阪府で審査の上、登録（指定）させていただきます。

大阪府が実施する早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業への参加をご希望される医療機関におかれましては、登録・指定の申請にあたっては、[こちら](#)をご確認下さい。

事業の概要

府が実施するプレコン講座を通じ、将来のことについて具体的に考えていただいたうえで、身体の状態を知り、必要な場合は医療的な対応（各種治療や卵子凍結等）につながる機会を提供します。

現在、将来、そして未来の家族の健康をより良いものとし、仕事・出産や子育て等、将来の可能性を広げていくために、ご自身の健康について、考えてみましょう。

事業の内容

1.医療機関で早発卵巣不全の診断を受けた方

医療機関で早発卵巣不全の診断を受けた方は、医療機関からの診断書をもって、卵子凍結に係る費用を助成します。

2.1以外の方

(1) まずはプレコン講座を受講してください。

(2) プレコン講座の受講を修了され、AMH検査や卵子凍結について正しく理解した上でAMH検査（卵巣の予備能を測る血液検査）の

受検を希望される方に対し、検査に係る費用を助成します。

※講座受講後のアンケートへのご回答をもって「受講修了」とさせていただきます。

(3) AMH検査の値が1.00ng/ml以下の方かつ、医師が卵子凍結を行うことが適当と認めた方に対し、卵子凍結及び凍結卵

子の保管に係る

費用を助成します。

※本事業による助成を受けてAMH検査を受検した方に限ります。（府の助成を受けずにAMH検査を受検した場合は、検査値が1.00ng/ml以下

の場合でも助成対象にはなりません。）

(4) 本事業で凍結した卵子を使用し、生殖補助医療を実施される方に対し、生殖補助医療に係る費用を助成します。

※本事業による助成を受けずに卵子凍結を実施し、その凍結卵子を使用して生殖補助医療を受ける場合は、助成対象にはなりません。

(2) ～ (4) による費用助成については、他の制度による助成と重ねて受けることはできません。

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業

【対 象】府内在住女性（主に18～39歳）

事業の内容

早発卵巣不全患者の方



診断書あり

それ以外の方



月2回開催

プレコン講座（オンライン）

- ・年 齢：18～39歳
- ・婚 姻：既婚・未婚
- ・受講料：無料
- ・受講回数：原則年度中1回



AMH検査（希望者のみ）

- ・年 齢：18～39歳
- ・婚 姻：既婚・未婚
- ・時 期：受講後、同一年内
- ・回 数：1人1回
- ・助成上限額：1万円



検査値が1.0ng/ml以下の方

医師が適当と認めた場合



卵子凍結

- ・年 齢：～39歳
- ・婚 姻：未婚のみ
- ・回 数：1人1回
- ・助成上限額：原則20万
- ・卵子保管料：2万円/年

卵子凍結

- ・年 齢：18～39歳
- ・婚 姻：未婚のみ
- ・回 数：1人1回
- ・助成上限額：原則20万
- ・卵子保管料：2万円/年



本事業での凍結卵子を使用する方



生殖補助医療

- ・年 齢：～42歳
- ・回 数：～39歳6回、40～42歳3回
- ・婚 姻：既婚（事実婚含む）
- ・助成上限額：原則25万/回

※本事業は令和11年度までの試行事業です。いずれについても試行期間内に実施されるものが助成対象です。

※本事業の助成対象となる医療行為を受けていただける医療機関は、府が承認した医療機関に限ります。

※本事業では、効果検証及び大阪府のプレコンセプションケアの推進に向けた検討を行うことを目的にアンケート調査を実施します。アンケート調査にご協力いただく場合のみ、助成対象となります。

本事業の助成対象となる医療行為（AMH検査・卵子凍結・生殖補助医療）を受けていただける医療機関は、一定の要件を満たす

医療機関として、府が認めた医療機関とし、その他の医療機関で受けられた場合は助成対象外となります。

■ 医療機関の一覧や、各項目における年齢等の助成要件、助成の上限額については、以下をご確認ください。

- 各項目ごとの詳細（ページ内リンク先）

プレコン講座については[こちら](#)

AMH検査については[こちら](#)

卵子凍結については[こちら](#)

凍結卵子の保存維持管理については[こちら](#)

生殖補助医療については[こちら](#)

- 実施要綱及び交付要綱

[大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業 実施要綱（PDF：270KB）](#)

[大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業 交付要綱（PDF：209KB）](#)

- よくある質問（よくある質問をQA形式でまとめています）

よくある質問については[こちら（PDF：272KB）](#)をご確認ください。

本事業への参加にあたって

本事業に係る手続き（プレコン講座への参加申込み、各種助成申請など）はすべて大阪府行政オンラインシステムよりご申請いただきます。

大阪府行政オンラインシステムへの利用者登録が必要となりますので、登録がお済みでない方は、[こちら（外部サイトヘリンク）](#)からご登録をお願いします。

利用者登録の手順は[こちら（PDF：452KB）](#)をご確認ください。

プレコン講座について

プレコンに関する正しい知識を得て、将来の選択肢を広げていただくために、ご自身の健康について考えるきっかけとして、プレコン講座を開催し、女性特有の疾患や、身体の仕組み、AMH検査、卵子凍結のメリット・デメリット等について、お伝えさせていただきます。

対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

ア 講座の受講申込日時点において[大阪府内に住所を有すること](#)

イ 講座の受講日時点における年齢が[満18歳から満39歳（令和7年度中に受講を行う場合は令和7年4月1日時点における年齢が満39歳であるときを含む）](#)までの[女性](#)であること

※パートナーの有無は問いません。

講座の受講方法について

開催方法

Zoomによるオンライン形式

受講方法

講座にお申込みいただいた方へ、オンライン講座のリンク先をお送りします。

申込方法

申込フォーム（大阪府行政オンラインシステム）よりお申込みください。

※申込フォームに記載の「留意事項」を必ずご確認の上、お申込みをお願いします。

開催日について

令和7年度は、令和8年2月までの毎月2回開催予定です。

【開催日】

- 令和8年2月5日（木曜日）19時～20時30分
- 令和8年2月19日（木曜日）19時～20時30分（令和7年度最終開催日）

※講座お申込み時に、ご希望の日時をご選択ください。

※3月の開催はありません。

申込期限

各回の3日前まで

（例）8月27日（水曜日）開催分 → 8月24日（日曜日）受付締切

※各回とも、期限より前であっても、定員に達した時点で申込みを締め切ります。

※締切後にお申込みいただいた場合は、受付できませんので、ご注意ください。

定員

各回200名

AMH検査について

プレコン講座の受講を修了され、AMH検査や卵子凍結について正しく理解した上で、**AMH検査（卵巣の予備能を測る血液検査）**の受検を希望される方に対し、検査に係る費用を助成します。

対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

ア AMH検査に係る本事業の助成金の交付申請日時点において大阪府内に住所を有すること

イ AMH検査のための採血日時点における年齢が満18歳から満39歳（令和7年度中に採血を行う場合は令和7年4月1日時点における年齢が ― 満39歳であるときを含む）までの女性であること

ウ AMH検査のための採血日の属する年度において、本事業のプレコン講座の受講を修了していること

プレコン講座の受講後アンケートへのご回答をもって「受講修了」とします（アンケートの回答がない場合は助成対象外です）。

※プレコン講座受講修了後、同一年度内にAMH検査を受検できなかった方は、次年度に再度プレコン講座を受講いただきます。

助成金額

■ 助成対象となる経費

受検、検査結果の説明にかかる初診料、再診料、助言相談料、検査料

■ 助成の上限額

1万円

■ 助成回数の上限

1人1回限り

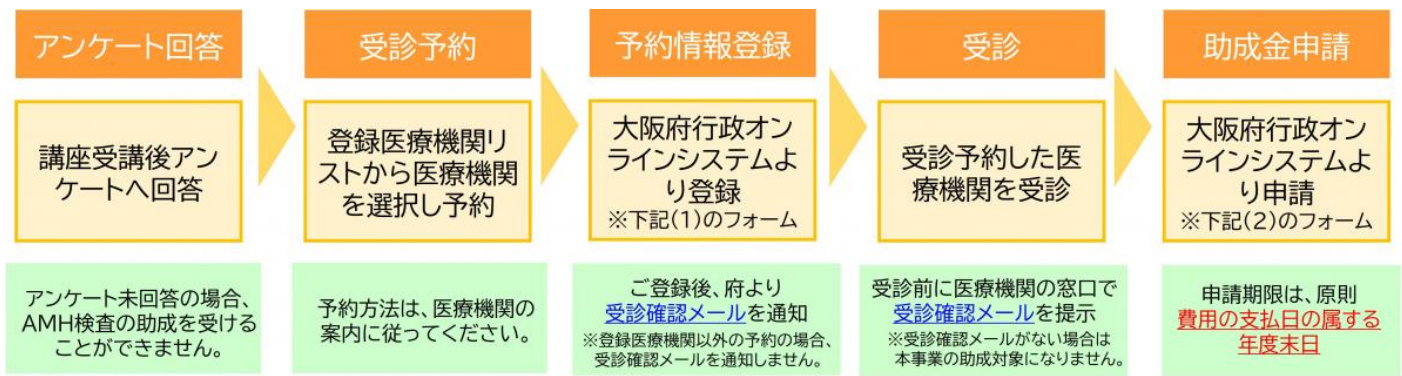
本事業によるAMH検査を実施する登録医療機関一覧

AMH検査を受検いただく医療機関については、以下のリストよりご確認ください。（随時更新予定です）

■ 登録医療機関リスト（令和8年1月26日時点）（エクセル：48KB） 登録医療機関リスト（令和8年1月26日時点）（PDF：324KB）

申請手続き

■ 助成金申請までの流れ



■ 申請方法

大阪府行政オンラインシステムよりご申請いただきます。

■ 申請フォーム

(1) AMH検査受診予約情報登録フォーム 受診前に予約日等を登録していただく必要があります。

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/95280d3b-9895-4ff1-9c62-449c9d1377f9/start>

(2) AMH検査助成金申請フォーム

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/ef745bb7-9045-4e9a-a4dd-71251bdf9916/start>

■ 必要書類（助成金申請時に添付いただく書類です。2～5については、画像添付になります。）

1. 【様式第1-1号】大阪府早発卵巢不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業費助成金（AMH検査） 交付申請書兼実績報告書（エクセル：39KB）

2. 助成対象者の年齢及び住所を証する書類の写し（住民票・運転免許証の写し等）
3. AMH検査の結果通知書類の写し
4. 当該検査に要した費用の領収書の写し（明細がわかるもの）
5. 振込口座の通帳等の写し ※申請者名義のものに限る

※1の【様式第1-1号】はExcelファイルです。スマートフォンからご申請いただく場合等、Excelファイルの作成ができない方は

地域保健課母子グループ（メールアドレス：chiikihoken-g03@gbox.pref.osaka.lg.jp）までご連絡ください。

卵子凍結について

医療機関で早発卵巢不全の診断を受けた方や、AMH検査の値が1.00ng/ml以下の方（※）かつ、医師が卵子凍結を行うことが適当と認めた方に対し、卵子凍結に係る費用を助成します。

※本事業による助成を受けてAMH検査を受検した方に限ります。（府の助成を受けずにAMH検査を受検した場合は、検査値が1.00ng/ml以下の

場合でも助成対象にはなりません。）

対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

- ア 卵子凍結のための採卵日から卵子凍結に係る本事業の助成金の交付申請日時点までの間において、継続して大阪府内に住所を有すること
- イ 卵子凍結のための採卵日時点における年齢が満39歳（令和7年度中に採卵を行う場合は令和7年4月1日時点における年齢が満39歳であるときを含む）までの女性であること
- ウ 医療機関において、早発卵巣不全の診断を受けていること又は本事業の助成金の交付を受けて受検したAMH検査の結果が1.00 ng/mL以下であり、AMH検査を受検した医療機関の医師から卵子凍結の実施が適当と認められていること
- エ 採卵日時点において婚姻（事実婚を含む。）をしていないこと
- ※早発卵巣不全の診断を受けた方は、18歳未満の方も助成対象となります。

助成金額

■ 助成対象となる経費

採卵準備のための投薬、採卵及び卵子の凍結に要する費用

■ 助成の上限額

20万円

※なお、1つの採卵周期当たりの上限金額は、次のとおり

- （ア）採卵したものの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 10万円
- （イ）（ア）以外の場合 20万円

1つの採卵周期あたりの助成上限額

治療内容		薬品投与（点鼻薬） （自然周期で行う場合も）	薬品投与（注射） （自然周期で行う場合も）	採卵	卵子凍結	助成上限額
a	卵子凍結を実施					20万円
b	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					10万円
c	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止					対象外
d	採卵準備中、体調不良等により治療中止					

■ 助成回数の上限

1人1回限り

※ただし同一年度内に実施されたものは、上限額の範囲内で合算して申請可能

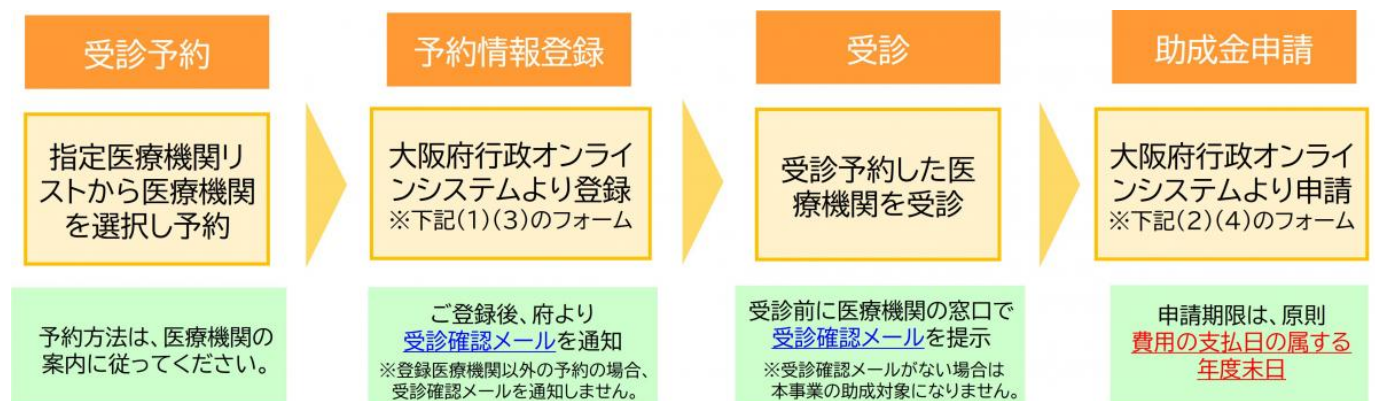
本事業による卵子凍結を実施する指定医療機関一覧

卵子凍結に係る医療行為を受けていただく医療機関については、以下のリストよりご確認ください。（随時更新予定です）

■指定医療機関リスト（令和7年9月10日時点）（PDF：223KB） [指定医療機関リスト（令和7年9月10日時点）（エクセル：19KB）](#)

申請手続き

■ 申請までの流れ



■ 申請方法

大阪府行政オンラインシステムよりご申請いただきます。

※早発卵巢不全の診断を受けた方と、本事業でAMH検査を受検され、卵子凍結の助成対象となった方では申請フォームが異なります。

■ 確認事項

医療機関で早発卵巢不全の診断を受けた方は、未成年（18歳未満）の方も助成対象となります。

卵子凍結等の医療行為を受ける方（以下、受診者）が未成年の場合は、受診者の親権者又は未成年後見人が申請してください。

■ 申請フォーム

【医療機関で早発卵巢不全の診断を受けた方】

(1) 卵子凍結受診予約情報登録フォーム（早発卵巢不全患者用） 受診前に予約日等を登録していただく必要があります。

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/f6fa78df-a354-4466-beca-0f9095269346/start>

(2) 卵子凍結助成金申請フォーム（早発卵巣不全患者用）

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/79758e51-832e-42d4-b9cd-783a10f36281/start>

【AMH検査の結果、助成対象となった方】

(3) 卵子凍結受診予約情報登録フォーム（AMH検査受検者用） 受診前に予約日等を登録していただく必要があります。

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/b6b2d858-8e4f-4441-99f5-e4b9aa9ee733/start>

(4) 卵子凍結助成金申請フォーム（AMH検査受検者用）

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/068fc95f-9656-41f9-84b7-e95ae1523d14/start>

■必要書類（助成金申請時に添付いただく書類です。2～8については、画像添付になります。）

1.【様式第2-1号】大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業費助成金（卵子凍結） 交付申請書兼実績報告書（エクセル：44KB）

!! 未成年の方用 !!【様式第2-1号】大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業費助成金（卵子凍結） 交付申請書兼実績報告書（エクセル：48KB）

2.受診者の属する世帯全員の住民票の写し（申請日前1か月以内に発行したもの）

3.受診者が婚姻をしていないことを証する書類の写し（戸籍全部事項証明書等）

4. **!! 早発卵巣不全患者のみ !!**「医療機関により早発卵巣不全の診断を受けたことを証する診断書」の写し

5.受診等証明書（未受精卵子凍結実施）の写し ※医療機関が作成したもの

6. **!! AMH検査受検者のみ !!**「AMH検査結果報告書及び主治医意見書」の写し ※医療機関が作成したもの

7.卵子凍結に要した費用の領収書の写し（費用の明細がわかるもの）

8.振込口座の通帳等の写し ※受診者（受診者が未成年の場合は申請者）ご本人の名義のものに限る

1の【様式第1-1号】はExcelファイルです。スマートフォンからご申請いただく場合等、Excelファイルの作成ができない方は

地域保健課母子グループ（メールアドレス：chiikihoken-g03@gbox.pref.osaka.lg.jp）までご連絡ください。

凍結卵子の保存維持管理について

本事業で卵子凍結を実施された方に対し、凍結卵子の保存維持管理に係る費用を助成します。

対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

ア 凍結維持管理に係る本事業の助成金の交付申請日時点において、大阪府内に住所を有すること

イ 凍結維持管理に係る本事業の助成金の交付を受けようとする年度において、府が本事業による卵子凍結を実施した者に
対し

年1回実施する調査へ回答していること

助成金額

■ 助成対象となる経費

凍結卵子の保存維持管理にかかる経費

※保存開始日が属する年度の翌年度以降に要する費用に限ります。

■ 助成の上限額

1回（年）あたり2万円

■ 助成回数の上限

令和11年度分まで

申請手続き

現在準備中です。

生殖補助医療について

本事業で凍結した卵子を使用し、生殖補助医療を実施される方に対して、生殖補助医療に係る費用を助成します。

対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

ア 1回の生殖補助医療の開始日（凍結卵子を融解し、受精を行った場合にあっては、凍結卵子の融解を実施した日をい
い、以前に凍結卵子を

融解し受精させて作成した凍結胚を融解して胚移植を実施した場合にあっては、移植準備のための薬品投与の開始日をい
う。以下同じ。）

から、生殖補助医療に係る本事業の助成金の交付申請日時点までの間において、継続して婚姻（事実婚を含む。）をして
いること

イ 1回の生殖補助医療の開始日から生殖補助医療に係る本事業の助成金の申請日時点までの間において、本人又は夫（事実
婚の夫を含む。）が

継続して大阪府内に住所を有すること

ウ 1回の生殖補助医療の開始日時点における年齢が満43歳未満の女性であること

助成金額

■ 助成対象となる経費

卵子融解、受精・胚培養、胚凍結、胚移植及び妊娠確認に要する費用

■ 助成の上限額

1回あたり25万円

※2回目以降において、それまでの回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

生殖補助医療の治療ステージと助成上限額

治療内容		凍結 卵子 解凍	採精 (夫)	(前培養・授精・ 授精)・培養(顕微鏡)	胚移植						妊娠の 確認	助成 上限 額
					新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
					胚 移植	黄体期 補充 療法		薬品 投与	胚 移植	黄体期 補充 療法		
A	新鮮胚移植を実施										25万円	
B	凍結胚移植を実施										25万円	
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施										10万円	
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了										25万円	
E	受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止										25万円	

■ 回数の上限

初めて助成金の交付対象となった生殖補助医療の開始日の年齢が

- ・～39歳まで：6回
- ・40～42歳：3回

※助成金の交付を受けた後に出産した場合 又は 妊娠12週以降に死産に至った場合、交付回数は新たにカウントする。

本事業による生殖補助医療を実施する指定医療機関一覧

生殖補助医療を受けていただく医療機関については、以下のリストよりご確認ください。(随時更新予定です)

■ [指定医療機関リスト（令和7年9月10日時点）（PDF：223KB）](#) [指定医療機関リスト（令和7年9月10日時点）（エクセル：19KB）](#)

申請手続き

現在準備中です。

このページの作成所属

健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ

大阪府庁

法人番号：4000020270008

本庁 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
代表電話番号 06-6941-0351

咲洲庁舎 〒559-8555 大阪市住之江区南港北1-14-16
代表電話番号 06-6941-0351

Copyright © Osaka Prefecture, All rights reserved.