

<別紙1> 署名に寄せられた「ご意見・ご感想」

不妊症・不育症治療の保険適用の条件や制限の撤廃などを求める署名 2025

署名に寄せられた「ご意見・ご感想」

この「ご意見・ご感想」は、2025年3月～4月にNPO法人Fineが実施した署名活動で届いた、不妊・不育症当事者やこの署名にご賛同くださった方々の思いです。

オンライン署名 change.org

URL: <https://chnng.it/6Q9g8GVb72>

Fine ウェブサイトの署名フォーム

URL: <https://forms.gle/vdHR4xrpBYuS7niMA>



不妊症・不育症治療の保険適用の条件や制限の撤廃などを求める署名2025

不妊症・不育症治療の保険適用において、すべての当事者にとってより良い治療環境となるよう、次回の保険改訂（診療報酬改定）に向けて国に検討をお願いするべく、NPO法人Fineは全国で「署名活動」を行なっています。

<署名項目> 1. 保険適用の年齢・回数制限の撤廃もしくは緩和
 2. 保険診療と併用できる先進医療の対象拡大もしくは混合診療の実現

不妊治療の保険適用には、条件や制限があります。この条件や制限を無くすことは、年齢にかかわらず、子どもを望むすべての当事者にとって、経済的、精神的負担の軽減につながります。集まった署名は、要望書とともに、厚生労働省などに提出する予定です。

ご賛同いただける方は、ぜひご署名ください。 締切は、2025年4月末まで。

※ お名前やメールアドレスなど個人情報は、署名提出の目的以外には使用しません。

※ ご意見・ご感想は、個人が特定されない形で、Fineで要望書などに利用することがあります。ご了承ください。

[NPO法人Fine](#)（ファイン）～現在・過去・未来の不妊体験者を支援する会～

◆[国政への働きかけ](#)

◆[1ページでわかるFine](#)

* 必須の質問です

メールアドレス *

メールアドレス

お名前（フルネーム） *

回答を入力

備考：ご意見・ご感想など（任意）

ご質問いただきましても、個別に返信・対応はいたしません。ご了承ください。

回答を入力

年齢（任意）

選択

お住まいの都道府県（任意）

選択

ありがとうございました。

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

送信

フォームをクリア