

## 卵子凍結支援事業 受診等証明書

下記の者については、未受精卵子の凍結を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(自署又は押印)

《医療機関記入欄》

記

(ふりがな) 受診者氏名	( )
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
補助対象者確認 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 不妊治療を目的とする者ではない。 <input type="checkbox"/> がん患者等妊孕性温存支援事業(小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業)の対象となる者ではない。
補助対象施設確認 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会に次のア及びイの生殖補助医療実施登録施設として登録されている医療機関である。 ア. 体外受精・胚移植に関する登録施設 イ. ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する登録施設
今回の卵子凍結に係る 医療行為の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
事前検査の実施確認 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 卵子凍結の実施にあたり、将来の妊娠・出産に関わる検査(甲状腺機能、感染症、AMH等)を行った。
採卵を実施した日	年 月 日
未受精卵子の凍結保存	凍結できた( 個) ・ 凍結できなかった
領収金額	[今回の未受精卵子の凍結保存にかかった金額(保険適用外)に限る。] 領収金額 円

《医療機関の方へ》

- ・領収金額に含めることができる施術は、医療保険が適用されない次の施術です。
  - 1 卵巣刺激(採卵準備のための投薬)
  - 2 採卵
  - 3 未受精卵子の凍結
- ・入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の卵子凍結に係る医療行為に直接関係のない費用は対象外です。
- ・採卵に至らなかった場合は対象外です。
- ・不妊症と判断された方が実施する不妊治療を目的とした採卵及びがん患者等妊孕性温存支援事業(小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業)の対象となる採卵は本事業の対象外です。