

凍結卵子を使用した生殖補助医療への支援事業受診等証明書

下記の者については、凍結未受精卵子を使用した生殖補助医療を実施し、これに係る費用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)

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
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、イ及びウ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 ウ 顕微授精に関する登録施設	
今回の施術内容 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 凍結卵子を融解し、受精を行った <input type="checkbox"/> 「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	
今回使用した 未受精卵子の凍結日	年 月 日	
妊娠成立の有無	有 ・ 無	
今回の生殖補助医療の 実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	胚移植を実施した日 年 月 日 <small>※該当する場合のみ記入</small>	
領収金額	[今回の生殖補助医療にかかった金額(保険適用外)に限る] 領収金額 円	

[裏 面]

本事業の対象となる生殖補助医療

本事業の対象となる生殖補助医療は、加齢等による妊孕性の低下に不安がある者に対して行った未受精卵子凍結（医療保険が適用されず、かつ不妊治療を目的としないもの）の後に、当該未受精凍結卵子を使用して行う生殖補助医療とする。

【対象となる生殖補助医療の範囲】

- 1 凍結卵子の融解
- 2 採精
- 3 受精(胚培養含む)未受精卵子の凍結
- 4 胚凍結
- 5 胚移植
- 6 妊娠の確認

◎入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料、出産（流産・死産等も含む。）に係る費用等の、凍結卵子を使用した生殖補助医療に直接関係のない費用は対象外です。

○山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業の対象となる者は対象外です。