

様式第2号

長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業受診等証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____

医療機関の名称 _____

診療科 _____

妊孕性温存療法主治医氏名 _____

(自署)

妊孕性 温存療 法を受 けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
今回の治療内容 (いずれかの記号に○を付けてください)			A 採卵、凍結 B 採卵したが卵が得られない、または、状態のよい卵が得られず中止 C 卵胞が発育しない、または、排卵終了のため中止 D 採卵準備中、体調不良等により治療中止	
対象事由 (いづれ かの番 号に○ を付 けてく ださい) ※2	I	疾病等卵巣機能低下リスクがある（加齢に伴う機能低下ではない） 所見：（ ）		
	II	卵巣機能低下が著しい（加齢に伴う卵巣機能低下ではない） 所見：（ ）		
治療期間		妊孕性温存療法開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊孕性温存療法終了日（ 年 月 日） (上記実施日と同じ場合も記載してください。) 備考（ ）		
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおり）		
備考（※3）				

※1 卵巣機能が低下する又は低下のリスクがある症例に対して、未受精卵子凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

※2 I または II を選択の上、所見を記入してください。

※3 妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記入してください。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
卵子の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、未受精卵子凍結に係る治療及び初回の凍結保存に要した費用のうち、医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。