

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
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

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、温存後生殖補助医療（※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		
主治医氏名（自署）		

温存後生殖補助医療の対象者（※２）	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			
夫（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			
治療方法	助成対象となる治療内容は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。 該当する記号に○を付けてください。 A 新鮮胚移植を実施 B 凍結胚移植を実施 C 以前凍結した胚を解凍して胚移植を実施 D 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了 E 受精できず、または、受精したが胚が発育せず治療終了			生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記開始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				

※１ 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療のこと。
※２ 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（妊孕性温存療法）で助成を受けた方の氏名を記載すること。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	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	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、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は対象外です。