

池田市卵子凍結費用助成事業に係る証明書

下記のとおり、未受精卵子の凍結保存を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称、所在地及び連絡先

主治医氏名（自署）

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	()
受診者生年月日	年 月 日 (採卵日時点：満 歳)
助成対象者確認	<input type="checkbox"/> 不妊症の診断を受けた者ではない。 <input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業（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。
助成対象施設確認	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会に生殖補助医療実施医療機関として登録されている国内の医療機関である。
卵巣刺激（採卵準備のための投薬）を開始した日	年 月 日
採卵を実施した日	年 月 日
助成対象費用の領収金額	[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。] (領収書の期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 _____ 円 注：本事業の対象となり、領収金額に含めることができるのは、医療保険が適用されない下記の施術です。 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（1年間の凍結保存費用を含む）
凍結卵子保管実施施設	保管施設の名称、所在地及び連絡先