

柏市社会的卵子凍結費用助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

柏 市 長 あ て

医療機関 所在地  
名 称  
主治医氏名

次のとおり、医療保険が適用されない未受精卵子の凍結保存を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 氏名	( )		
住所	柏市		
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	(採卵日時点：満 歳)
対象者要件	<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両方研究促進事業）の対象となる者ではない。		
今回の卵子凍結に係る医療行為の実施期間(A) ※1	年 月 日 ~ 年 月 日		
採卵のための投薬を開始した日(B)	年 月 日		
採卵を実施した日(C)	年 月 日		
未受精卵子の凍結保存	<input type="checkbox"/> 凍結できた ( 個)	<input type="checkbox"/> 凍結及び保管ができなかった	
卵子凍結保管施設	<input type="checkbox"/> 院内保管 <input type="checkbox"/> 院外保管	保管開始	年 月 日
(院外保管の場合) 保管施設の名称 所在地及び連絡先	保管施設の名称		所在地
			連絡先
助成対象費用の領収金額 ※2	<b>領収金額 円(D) ※3</b>		
	医療保険が適用されない以下の施術が本事業の対象となります。 上記の領収金額に含むものに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 採卵準備のための投薬 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 未受精卵子の凍結（初年度の凍結保存費用を含む）		
確認事項	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、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。		

R8.3更新

※1 初診日から社会的卵子凍結に係る医療行為の終了日までを記載してください。

※2 施術の3項目いずれにも該当しない場合は本事業の対象外となります。

※3 本書類の作成にかかる文書料は助成の対象外となります。

また、領収金額には初診料や再診料等社会的卵子凍結に係る費用すべてを含みます。