

姫路市卵子凍結費用助成事業に係る証明書

下記の者については、未授精卵子の凍結保存を実施し、これに係る医療費を以下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



医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日 (採卵日時点 歳)		
対象者資格確認	<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。		
医療機関資格確認	<input type="checkbox"/> 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。		
採卵準備のための投薬を開始した日	① 年 月 日	2回目分も合わせて申請する場合 ② 年 月 日	
採卵を実施した日	① 年 月 日	2回目分も合わせて申請する場合 ② 年 月 日	
未授精卵子の凍結保存	<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。	
(院内) 保管開始日	年 月 日 ※2回目分も合わせて申請する場合は、2回目の保管開始日		
凍結卵子保管施設	<input type="checkbox"/> 院内保管 <input type="checkbox"/> 院外保管	(院外保管の場合) 保管施設の名称、所在地及び連絡先	
領収書の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	[今回の卵子凍結に係る自費診療分の金額合計] 領収金額 円 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"/> 卵子凍結 <input type="checkbox"/> 保管費用 () 年分 ※領収金額が40万円に満たない場合、保管費用も同時支払いであれば助成対象となります。		