**大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業**

**受診等証明書（未受精卵子凍結実施）**

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業により、下記の者に対して未受精卵子の凍結保存を行い、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

及 び そ の 名 称

主 治 医 氏 名

医療機関記入欄　(主治医が記入してください)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふ り が な)  受 診 者 氏 名 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 受診者生年月日 | （ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 ）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　（　　　　　　　歳） | |
| 対象該当確認 | 以下に該当する場合は☑をつけてください。  （いずれかに該当する者のみが本事業の卵子凍結助成を受けることができます。）   * AMH検査結果報告書及び主治医意見書により、卵子凍結助成を受けることができる者に   該当する。   * 医療機関において早発卵巣不全の診断を受けている。 | |
| 〇今回の治療内容について記入してください。  　〇卵巣刺激（採卵準備のための投薬）を開始した日 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　〇採卵を実施した日 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　〇回収できた卵子の詳細　　　　卵子回収あり　（MII卵子　　個、 MI卵子　　個、GV卵子　　個、変性卵　　個　）  ・卵子回収できなかった  　〇卵子の凍結保存 凍結できた（MII卵子　　個、 MI卵子　　個、GV卵子　　個)　・　凍結できなかった  　〇受診者は、本助成の対象となる採卵以降も、卵子凍結を目的とした採卵を希望されているか。  　　　 希望あり ・ 希望なし ・ 未定 | | |
| 〇凍結卵子の保管を実施する施設の名称及び所在地（主治医の医療機関と異なる場合に記入） | | |
| ○卵子凍結に係る費用の領収年月日  年　　　月　　　日　から  年　　　月　　　日 | | 領収金額　　　　　　　　　　　　円  うち、対象金額※　　　　　　　　　　　　円  （※卵巣刺激、採卵、未受精卵子の凍結に係る金額のみ。保険外診療に限る） |

注意事項

* 年月日は、医師が本書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
* 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
* 医師氏名は、必ず本書を作成した医師の氏名を記載してください。
* 実施内容について、一次的に行政が審査を行いますが、後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
* 領収年月日は、今回の卵子凍結に対する支払いを受けた年月日を記載してください。
* 領収金額のうち、対象となる金額は保険外診療の卵巣刺激、採卵、未受精卵子の凍結に係る費用に限ります。その他の検査費用は助成対象となりません。

※申請者の申請期限は、「原則として、卵子凍結に係る費用の領収日の属する年度の末日」　です。

【問合先】〒540－8570　　大阪市中央区大手前２－１－２２

　　　　　大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ

　　　　電話：06-6941-0351(内線2544)　　FAX：06-4792-1722