**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（生殖補助医療実施）**

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、下記の者に対して生殖補助医療を行い、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。  （両方に該当する者のみが本事業の生殖補助医療助成を受けることができます。）   * 受診等証明書（未受精卵子凍結実施）により未受精卵子凍結実施を証明した者である。 * 上記により証明した行為で凍結した卵子を用いた生殖補助医療である。 | |
| 〇今回の治療内容について下線部に記入（選択式の場合は丸印を記入）してください。  　〇生殖補助医療を開始した日 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　〇生殖補助医療を終了した日 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　〇実施した生殖補助医療の詳細（実施した項目に☑をつけてください）  **注：個数は全ての欄に記入してください。（0（零）の場合0と記入してください）。**  　　□　凍結卵子の融解(総数)　　（成熟卵子　　　　　個、未熟卵子　　　　　個、融解時変性　　　　　個）  　　□　受精を試みた個数　（ICSI　　　　　個）　、正常受精を確認した個数　（　　　　　個）  　　□　胚移植　（移植胚数　　　　　個、（　新鮮胚移植　・ 凍結融解胚移植　）※  うち初期胚　　　　　個（グレード　　　　　　　　　）、胚盤胞　　　　　個（グレード　　　　　　　　　））  （ 自然周期　・　ホルモン補充周期 ）  ※新鮮胚移植:本事業による凍結卵子を用いて受精、培養した胚を用いたもの  凍結融解胚移植:本事業による凍結卵子を用いて受精、培養した胚を凍結し、その凍結胚を用いたもの  　　→胚移植した場合は  　　□　胚凍結（移植せずに凍結した胚） 　　　　　（　　　　　　　個）  　　□　生化学妊娠確認（貴施設の診断基準に従ってください） （　妊娠あり　・　妊娠なし　）  　　□　臨床的妊娠確認（子宮内に胎嚢確認）　　（　妊娠あり　・　妊娠なし　） | | |
| ○生殖補助医療に係る費用の領収年月日  令和　　　　年　　　月　　　日　から  令和　　　　年　　　月　　　日 | | 領収金額　　　　　　　　　　　　円  うち、対象金額※　　　　　　　　　　　　円  （※本事業により凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療又は凍結した  検体の再移植後に実施した生殖補助医療に係る金額のみ。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、今回の生殖補助医療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、保険外診療のうち、本事業により凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に係る費用に限ります。

※申請者の申請期限は、「原則として、生殖補助医療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