

参加者ID（東京都が記載）

卵子凍結への支援に向けた調査事業受診等証明書（凍結時）

下記の者については、未受精卵子の凍結保存を実施し、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。

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 (満 歳)
助成対象者確認	☐ 不妊症の診断を受けた者ではない。 ☐ 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。
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
未受精卵子の凍結保存	凍結できた ・ 凍結できなかった
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
凍結卵子の 保管を実施する施設	実施施設の名称及び所在地

医療機関の方へ

（注1）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

（★）不妊症と判断された方が実施する不妊治療を目的とした採卵及び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）の対象となる採卵は本事業の対象ではありません。