

温存後生殖補助医療実施証明書

年 月 日

富士宮市長 宛

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

次の者について、温存後生殖補助医療を行ったことを証明します。

温存後生殖補助 医療受診者	ふりがな 氏名			
	生年月日	年	月 日	
妊孕性温存治療 受診者	ふりがな 氏名			
	生年月日	年	月 日	
温存後生殖補助医療開始日		年	月 日	
治療 内容	実施した温存後生殖補助医療			
	1	以下の該当する番号に○を付けてください。		左記の治療終了日
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療		年 月 日
		2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療		左記の凍結保存日
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療		年 月 日
		4 凍結した精子を用いた生殖補助医療		実施医療機関名
	2	1において、2～4に該当する場合		
		以下の該当する番号に○を付けてください。		
		1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない又は状態の良い卵が得られないため中止した場合		
	3	1以外での他の医療機関への依頼、院外処方等がある場合は、こちらに記入してください。		
他医療機関への依頼		あり ・ なし		
院外処方		あり ・ なし		
医療機関名		依頼内容		
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおりに）		

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	健康増進課
担当者	池谷
電話番号	0544-22-2727

- 1 助成対象となる費用のみを記載してください。
- 2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存治療により凍結した検体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要した費用で、当該費用が医療保険適用外となる場合に限ります。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 3 主治医の治療方針により、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合は、受診者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。