

受給者番号（東京都が記載）

凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成事業受診等証明書

下記の者については、凍結未受精卵子を使用した生殖補助医療を実施し、これに係る費用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。）

	夫	妻
(ふりがな)	( )	( )
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の施術内容	<input type="checkbox"/> (1) 凍結卵子を融解し、受精を行った <input type="checkbox"/> (2) 「以前に凍結卵子を融解し、受精させて作成した凍結胚」を融解して胚移植を実施した	
今回使用した未受精卵子の凍結日	年 月 日	
今回の生殖補助医療の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	(胚移植を実施した日) ※該当する場合のみ記入 年 月 日	
領収金額	[今回の生殖補助医療にかかった金額（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	

医療機関の方へ

(注) 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ず、かつ不妊治療を目的とせず、東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の対象とならない、加齢等による妊娠機能の低下を懸念する場合に凍結した卵子】を使用した生殖補助医療です。

【対象となる生殖補助医療の範囲】

- |                     |         |
|---------------------|---------|
| 1 凍結卵子の融解           | 4 胚凍結   |
| 2 採精                | 5 胚移植   |
| 3 受精（胚培養含む）未受精卵子の凍結 | 6 妊娠の確認 |

※下記に該当する方は本事業の対象外です。

- (1) 東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の対象となる方。
- (2) 医療保険の適用される生殖補助医療を実施する不妊症の患者（男性不妊治療に伴う未受精卵子凍結を行う方を含む。）。
- (3) 医療保険の適用される生殖補助医療を実施する不妊症の患者（男性不妊治療に伴う未受精卵子凍結を行う方を含む。）であって、医療保険の適用される胚移植の上限回数に達している方。

※ただし、上限回数に達していた場合であっても、過去に不妊治療を目的としない未受精卵子の凍結保存を実施していた場合において、当該未受精卵子を用いて生殖補助医療を実施する場合は対象となります。