

■妊孕性温存治療助成金 書類申し込み書■

<クリニック記入欄>

注 意 点	☐ 申請条件・申請期限など申請可能かのご確認はお済ですか？			
	☐ 書類作成に約2週間の作成期間を設けて頂いております。			
	☐ お申込み後の内容変更や書類代金のご返金は致しかねます。			
ID番号		名前		治療開始年齢 歳
TEL				
受取方法	☐ 来院	窓口にて受け取り希望（受診予定日： 月 日）		
	☐ 郵送	☐ 郵送ご希望時は レターパック をご購入の上、ご持参下さい。 ・クリニック名にて郵送致します。 ・万一紛失となった場合、当院では責任を負いかねます。 ●住所変更 無・登録住所以外へ郵送希望(下記へ記入下さい) ⇒ 〒		
		新JOFR登録患者アプリ番号		
		妊孕性温存療法について紹介を受けた 原疾患主治医が所属する医療機関・該当医師名		
	医療機関			
	医師名			

温存	☐ 胚(受精卵) ☐ 未受精卵子 ☐ 精子 ☐ 精子(精巣内精子採取)					
	治療開始日	年 月 日	採卵/手術日	年 月 日	凍結日	年 月 日

温存後	☐ 凍結した胚(受精卵)を用いた治療 ☐ 凍結した未受精卵子を用いた治療 ☐ 凍結した精子を用いた治療					
	胚移植日	年 月 日	治療区分	A・B・C・D・E・F・G	治療開始年齢 ※43歳未満	歳
	対象者、又は配偶者は、過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けた事がありますか？					
	ない・ある → 過去に () 回 助成金申請済		助成金を受けた事がある場合、助成を受けた都道府県名 () 温存後生殖補助医療実施医療機関名 ()			