

福岡県
卵子凍結による妊孕性温存等に係る課題検証のためのモデル事業に係る
診断書及び対象者認定申請書

医療機関記載欄

福岡県卵子凍結による妊孕性温存等に係る課題検証のためのモデル事業の対象となる疾患等に該当することを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名 (自署)

受診者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	(昭和 ・ 平成 ・ 西暦)	年	月 日 (歳)
貴施設は、卵子凍結による妊孕性温存等に係る課題検証のためのモデル事業の指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ		
①～⑥の中から、卵子凍結時の状況に該当するものに○を付け、それぞれ必要な事項を記入してください。				
[] ① 良性卵巢腫瘍に対する卵巢手術が医学的に必要と判断され、手術を予定している者 疾患名（疑い含む）： () 予定術式： () 腫瘍径：（右 cm、左 cm ） 評価方法： ☐ 経腔超音波検査 ☐ MRI ☐ CT ☐ その他 () 凍結前の血清AMH値： (ng/mL) [] ② 遺伝性疾患により卵巢予備能の低下が認められる又は将来的に早期に低下することが予想される者 疾患名： () [] ③ 自己免疫疾患により卵巢予備能の低下が認められる又は将来的に早期に低下することが予想される者 疾患名： () 凍結前の血清AMH値： (ng/mL) [] ④ 過去に受けた医療行為により卵巢予備能の低下が認められる者 疾患名： () 医療行為： () 凍結前の血清AMH値： (ng/mL) [] ⑤ 特発性の早発卵巢不全または特発性の卵巢予備能低下が認められる者 凍結前の血清AMH値： (ng/mL) [] ⑥ 前各号に掲げる者のほか、前各号の対象者と比較可能な年齢層等の一定の条件を満たす者 凍結前の血清AMH値： (ng/mL)				

- ・ 内容について、特に必要と認める範囲で照会を行うことがあります。

本人記載欄			
申請者	ふりがな	_____	
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	〒 -	
	電話番号	— —	
	メールアドレス		
卵子凍結を実施した者（申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな	_____	
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
	住所	〒 -	
電話番号			— —
◎注意事項 1 卵子凍結を受ける方が未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、卵子凍結を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での卵子凍結実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、卵子凍結を受ける者の自署は不要です。 2 助成の対象となる治療費は、卵子凍結及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。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及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。 3 助成額は、卵子凍結に要した医療保険適用外費用であり、20万円が上限となります。ただし、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は10万円が上限となります。また、卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。 4 助成回数は1回です。 5 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。 6 本事業に参加する方の卵子凍結に関する診療情報は、医療機関を通じて、こども家庭科学研究班に共有されます。また、国及びこども家庭科学研究班から、助成申請の内容と結果について県に対して照会が行われることがあります。その場合、県は、照会内容について適切に回答します。国は、こども家庭科学研究班のほか、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。			
以下の事項について同意します。（同意いただけない場合は、本事業における助成を受けることができません） ・本事業の趣旨を理解し、卵子凍結による妊孕性温存等に係る課題検証のためのモデル事業実施のために、臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。 ・また、こども家庭科学研究班及び国が指定する者に対して当該情報を提供すること。 ・凍結後おおむね10年間は、凍結卵子を用いた生殖補助医療実施後も、年次調査に協力すること。 ・協力できない場合は全額返金すること。 ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 ・上記のために必要な最低限の個人情報の提供に同意すること。 年 月 日 申請者氏名（自署） _____			

対象者認定番号 ※県使用欄	— —
------------------	-----

郵送先

問合せ先