

(表)

様式第2号(第7条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

若年がん患者等妊娠性温存治療費等助成金交付申請に関する証明書
(妊娠性温存治療実施医療機関)

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があると診断された者に対し妊娠性温存治療を実施することについて説明し同意を受け、妊娠性温存治療を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

主治医氏名(自署又は記名押印)

妊娠性温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
妊娠性温存治療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名と当該医師名		医療機関の名称() 原疾患主治医の氏名()		
治療方法	① 男性へ妊娠性温存治療を実施した場合			
	いずれかの番号に○を付けてください。 1 精子凍結保存 2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	妊娠性温存治療開始日(年 月 日) 凍結保存日(年 月 日) 妊娠性温存治療終了日(年 月 日)	実施医療機関()	
	② 女性へ妊娠性温存治療を実施した場合			
	いずれかの番号に○を付けてください。 1 胚(受精卵)凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	妊娠性温存治療開始日(年 月 日) 凍結保存日(年 月 日) 妊娠性温存治療終了日(年 月 日)	実施医療機関()	
③ 上記①、②以外で他の医療機関に依頼した場合や院外処方等がある場合				
他医療機関への依頼 有 ・ 無 医療機関名() 依頼内容() 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない				
領収金額 合 計	円(内訳は裏面のとおり)			
備 考				

備考1

- 生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のことです。
- 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容を③に記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、③に記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。
- 妊娠性温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額 内訳証明書

項目	費用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤などを含む。）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料等）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は除く。）	円
その他（ ）	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	
担当者	
電話番号	— —

備考 2

- (1) 助成の対象となる費用のみを計上してください。
- (2) 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊娠性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- (3) 助成の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- (4) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。
- (5) 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。