

様式第2号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）

菊川市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付に関する証明書

以下の通り、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して診断された者に対し、妊孕性温存治療（※1）を実施することについて説明し同意の上治療し、治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日 医療機関の名称

医療機関の所在地

妊孕性温存治療主治医氏名

㊞

妊孕性 温存治 療を受 けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	妊孕性温存治療の凍結保存時における年齢 満 歳
治療 方法	I 男性へ妊孕性温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。		
	いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日）	
	1 精子凍結保存	凍結保存日（ 年 月 日）	
	2 精子凍結保存 （精巣内精子採取）	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
		実施医療機関 （ ）	
II 女性へ妊孕性温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。			
いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日）		
1 胚（受精卵）凍結保存	凍結保存日（ 年 月 日）		
2 未授精卵子凍結保存	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）		
3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 （ ）		
III I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください（※2）			
他医療機関への依頼		あり ・ なし	院外処方
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に）	
備考（※3）			

- ※1 生殖機能が低下する、又は失われる可能性のある原疾患治療に関して精子、卵子又は卵巢組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 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。
- ※3 妊孕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、卵巢組織の採取に要した費用 (検査や排卵誘発剤代などを含む。)	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、培養料など)	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（更新料は含まない。))	円
その他	円
その他	円
その他	円
合計	円

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

- (1) 補助の対象となる費用のみを記載してください。
- (2) 補助の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子又は卵巢組織の採取凍結、又は卵子の採取、胚（受精卵）の凍結並びに胚（受精卵）の凍結に要する費用で、当該費用が保険適用外となる場合に限ります。
- (3) 補助の対象となる費用は治療に要する費用（初回の保存に要する費用を含む。）とし、入院基本料、差額ベッド代、入院中の食事代、文書料、その他の妊孕性温存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) 体調不良などにより医師の判断に基づき、妊孕性温存治療を中止した場合もそれまでに要した妊孕性温存治療に係る費用は補助対象です。
- (5) 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他の医療機関で治療を行った場合は、患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。