

（表）

若年がん患者妊孕性温存治療実施証明書

次のとおり、原疾患の治療により生殖機能が低下する、又は失われるおそれがあると診断された者に対し、妊孕性温存治療を実施することについて説明し、同意を得た上で、実施した妊孕性温存治療に係る治療費を領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

妊孕性温存治療の主治医氏名

㊟

（署名又は記名押印をすること。）

妊孕性温存治療 を受けた者	ふりがな		性 別	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
妊孕性温存治療について 紹介を受けた原疾患 の 治 療 の 主 治 医	医療機関名			
	主治医氏名			
治 療 方 法	1 男性	治療の内容 （該当するものに○）	ア 精子の採取及び凍結保存（イを除く。） イ 精巣内精子採取術による精子の凍結保存	
		妊孕性温存治療を開始した日	年 月 日	
		凍結保存を実施した日	年 月 日	
		妊孕性温存治療を終了した日	年 月 日	
		実施医療機関名		
	2 女性	治療の内容 （該当するものに○）	ア 卵子を採取し受精させた胚の凍結保存 イ 卵子の採取及び凍結保存 ウ 卵巣組織の採取及び凍結保存	
		妊孕性温存治療を開始した日	年 月 日	
		凍結保存を実施した日	年 月 日	
		妊孕性温存治療を終了した日	年 月 日	
		実施医療機関名		
	3 他医療機関 依頼等	1、2以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合は、記入してください。 ア 他医療機関への依頼 （有・無） イ 院外処方 （有・無） ウ ア及びイに係る医療費について、今回の領収金額に （含む・含まない）		
		医療機関名	依頼内容	
領 収 金 額 合 計	円（内訳は裏面のとおりに）			
備 考				

（注）

- 1 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下する、又は失われるおそれのある原疾患の治療に関して、精子、卵子若しくは卵巣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た胚を凍結保存するまでの一連の医療行為をいいます。
- 2 妊孕性温存治療を正常に行うことができなかった等、治療内容に係る留意事項がある場合は、備考欄に記入してください。

(裏)

領収金額内訳証明書

項 目	金 額
精子、卵子又は卵巣組織の採取に要した費用（検査、 排卵誘発剤代等を含む。）	円
胚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（凍結処理料、初回の凍結保存 料等（更新料は含まない。））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

(注)

- 1 助成対象経費（精子、卵子若しくは卵巣組織の採取及び凍結又は卵子を採取し受精させた胚の凍結に係る保険適用外費用（初回の凍結保存に要する費用を含み、入院費、入院時の食事代その他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を除く。）をいう。）のみを計上してください。
- 2 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支払った治療費の領収書の提出を受け、主治医がその金額を含めた内訳を記入してください。

領収金額に関する問合せ先	
担 当 課	
担 当 者	
電話番号	