

様式第7号（第6条関係）

（表）

若年がん患者温存後生殖補助医療実施証明書

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、温存後生殖補助医療を実施することについて説明し、同意を得た上で、実施した温存後生殖補助医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

温存後生殖補助医療の主治医氏名

印

（署名又は記名押印をすること。）

温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな		性別
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな		性別
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
治療方法	治療内容 （該当するものに○）	ア 凍結保存した受精卵又は胚を用いた生殖補助医療 イ 凍結保存した卵子を用いた生殖補助医療 ウ 凍結保存した卵巣組織を再移植した後の生殖補助医療 エ 凍結保存した精子を用いた生殖補助医療 （イ～エに該当する場合は、次の中から該当する記号に○をつけてください。） A 以前に凍結保存した胚を解凍した胚移植を実施 B 人工授精を実施 C 採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止	
	生殖補助医療を開始した日	年 月 日	
	生殖補助医療を終了した日	年 月 日	
	実施医療機関名		
	他医療機関依頼等	上記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 温存後生殖補助医療とは、妊孕性温存治療によって凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、受精卵若しくは胚を用いた生殖補助医療又は凍結保存した卵巣組織を再移植した後に実施する生殖補助医療のことをいいます。
- 2 妊孕性温存治療を受けた者の欄には、生殖補助医療に用いた凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、受精卵若しくは胚の提供者又は凍結保存した卵巣組織を再移植した者の氏名を記入してください。

(裏)

領収金額内訳証明書

項 目	金 額
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

(注)

- 1 助成対象経費（妊孕性温存治療によって凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、受精卵若しくは胚を用いた生殖補助医療又は凍結保存した卵巣組織を再移植した後に実施する生殖補助医療に係る保険適用外費用（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。

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	