

様式第9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

（自署をすること。）

温存後生殖補助医療 の 対 象 者	ふりがな		性別	
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
配 偶 者 (事実婚関係を含む。)	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)		
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 温存後生殖補助医療の対象者の欄には、妊孕性温存治療を受け、生殖補助医療に用いた凍結保存した精子、卵子、卵巣組織、受精卵若しくは胚を提供した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。
- 3 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医療機関で治療を行った場合は、その内容を他医療機関依頼等の欄に記入してください。他医療機関依頼等の欄に記入がない場合は、対象者から領収金額以外の追加の費用に係る申請があっても、助成対象外となる可能性があります。

(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 この証明書を発行する医療機関が領収した金額を記載してください。

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	