

（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）

藤枝市がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請に関する証明書

以下のとおり、がん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、治療費を領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 _____ (印)

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	妊孕性温存治療開始日（※2）における年齢 歳
治療方法	I	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。） 左記の治療終了日 1 精子凍結保存 _____ 年 月 日 2 精巣内精子採取凍結保存 _____ 3 精巣上体精子採取凍結保存 _____ 実施医療機関 ()	
	II	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。） 左記の治療終了日 1 受精卵凍結保存 _____ 年 月 日 2 卵子凍結保存 _____ 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（※3）。ただし、貴院にて、40万円（精子の採取凍結については2万円）を超えた妊孕性温存治療を実施した場合は、記載する必要はありません。 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 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）	

※1 生殖機能が低下する又は失われる可能性のあるがん治療に関して精子、卵子又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 妊孕性温存治療開始日は、精子、卵子又は卵巣組織の採取のため治療を開始した日をいう。
 ※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裏面に記載。

(裏)

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	
担当部署	
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、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です。
- 3) 入院費、入院食事代等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助成対象です。
- 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