

精巣内精子生検採取法等受診等証明書

記載例

下記の者については、体外受精又は顕微授精に至る過程の一環として、精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体内精子吸引採取法(MESA)、経皮的精巣上体内精子吸引採取法(PESA)又は精巣内精子吸引採取法(TESA)による手術を実施し、証明書を作成した日付より徴収したことを証明します。

〇〇 年 〇 月 〇 日	医療機関の所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1
・手書きする場合は、ボールペンなど筆跡が消えない筆記具で記入してください。 ・誤記入箇所は、二重線で訂正してください。	医療機関の名称	〇〇病院
	診療科	婦人科
	医師氏名(自署)	△△ △△

受診者	ふりがな	とうきょう たろう	生年月日	
	氏名	東京 太郎	平成〇 年 5 月 1 日生	
	患者アプリ番号	555578903333	患者アプリ番号がない場合、その理由	
配偶者	ふりがな	とうきょう みやこ	生年月日	
	氏名	東京 都	平成〇 年 4 月 1 日生	
手術方法	① TESE 2 MESA 3 PESA 4 TESA			
	該当する番号に○を付けてください。		精子回収の結果	① 得られた 2 得られずに治療中止
手術日	〇〇 年 8 月 1 日		助成対象となる金額の合計額を記載してください。(手術を実施した日)に限る。)	
領収金額	320,000円			
体外受精又は顕微授精を実施する指定医療機関名		× × 病院		

紹介元の医療機関名を記載してください。

領収金額に関する問合せ先	
担当課	医事課
担当者	□□
電話番号	03 — 3456 — 0098

- 医療機関の方へ この証明書の記入に当たっては、下記の点に御注意ください。
- ・ 助成対象となる手術は、体外受精及び顕微授精に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体内精子吸引採取法(MESA)、経皮的精巣上体内精子吸引採取法(PESA)又は精巣内精子吸引採取法(TESA)であり、医療保険が適用されないものに限ります。
 - ・ 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
 - ・ 助成対象となる費用は、医療保険が適用されない手術代及び精子凍結料(精子保存料・管理料は対象外)です。
 - ・ 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、生殖機能温存治療費助成(妊娠のための治療分)の申請と同時に申請する必要があります。
 - ・ 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

- 患者様へ この証明書の取り扱いについては、下記の点に御注意ください。
- ・ この証明書は、体外受精又は顕微授精を受ける指定医療機関で「若年がん患者生殖機能温存治療受診等証明書(妊娠のための治療分)」(第5-1号様式)を発行していただく際に提示してください。
 - ・ 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
 - ・ 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、生殖機能温存治療費助成(妊娠のための治療分)の申請と同時に申請する必要があります。
 - ・ 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。