

若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書
(妊娠のための治療分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊娠のための治療実施医療機関の指導に基づく妊娠のための治療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日 医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 担当医師氏名(自署) _____

妊娠のための治療の対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男・女
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男・女
妊娠のための治療を受ける患者の紹介を受けた妊娠のための治療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称() 妊娠のための治療主治医の氏名()	
領収金額合計 ※2	円(内訳は以下のとおり)			
領収金額内訳	項目	費用		
				円
				円
				円
				円
				円
備考				

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	— —

※1 生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。

※2 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた妊娠のための治療又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。