

若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書
(妊娠のための治療分)

記載例

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(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収

証明書を作成した日付

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

医療機関の名称

〇〇病院

診療科

婦人科

主治医氏名(自署)

△△ △△

- ・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。

妊娠のための治療の対象者(※2)	ふりがな	とうきょう みやこ	生年月日	平成〇年4月1日生
	氏名	東京 都	性別	男・女
	患者アプリ番号	345611117890	患者アプリ番号がない場合、その理由	
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな	とうきょう たろう	生年月日	平成〇年5月1日生
	氏名	東京 太郎	性別	
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の妊娠のための治療に係る指定医療機関である。			はい	「いいえ」の場合は助成を受けることができません。
対象者又は配偶者は、過去に若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業(生殖機能温存治療分)の助成を受けたことがありますか。 ない・ある → 過去(1)回受けた (助成を受けたことがある場合) 助成を受けた道府県名()				
治療方法	I	助成対象となる治療は、生殖機能温存治療後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。		妊娠のための治療開始日 (〇〇年8月1日)
		① 凍結した胚(受精卵)を用いた妊娠のための治療		妊娠のための治療終了日 (〇〇年8月10日)
		2 凍結した未受精卵を用いた妊娠のための治療		
		3 凍結した卵巣組織再移植後の妊娠のための治療		
	II	4 凍結した精子		
		実施した治療又は		
		A 新鮮胚移植		
		B 採卵から凍結		
		整えるために1~3周期程度の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合。OHSS(卵巣過剰刺激症候群)等を含む。)		
		C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施		
D 人工授精を実施				
III	E 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了			
	F 受精できず、または、受精したが胚が発育せず			
	G 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止			
	I 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)			
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()				
上記の医療費について、今回の領収金額に		一連の治療内容のうち、他医療機関に紹介して実施したものがある場合には、記載してください。		
領収金額合計		165,000円 (内訳は裏面のとおり)		
患者に交付した領収書記載の金額(税込)を記載してください。				

※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 生殖機能温存治療を受け、妊娠のための治療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

※3 主治医の治療方針に基づき、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、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子の採取に要した費用	15,500円
胚移植に要した費用	149,500円
	円
	円
	円
	円
合 計	165,000円

助成対象となる金額の合計額を記載してください。

治療期間
〇〇 年 8 月 1 日 ~ 〇〇 年 8 月 10 日

妊娠のための治療開始日及び妊娠のための治療終了日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 — 1234 — 5678

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 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。
- ・ 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合の費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。