

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)

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、妊娠のための治療実施医療機関の指導に基づく妊娠のための領収書を作成した日付、次のとおり治療費を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	東京都新宿区東新宿2-8-1
	医療機関の名称	◎◎病院
	診療科	婦人科
	当医師氏名(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	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
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	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(〇〇病院) 妊娠のための治療主治医の氏名(△△ △△)	
領収金額合計 ※2	50,000円(内訳は以下のとおり)			
領収金額内訳	項目	費用		
に要した費用	50,000円		
		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。		
		円		
		円		
		円		
備考				

治療期間
〇〇年8月8日 ~ 〇〇年8月8日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	受付
担当者	◇◇
電話番号	03 — 5678 — 1234

※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。