

若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書  
(生殖機能温存治療分)

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、生殖機能温存治療実施医療機関の指導に基づく生殖機能温存治療(※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。

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。

|                                                |                    |           |                                                                |                |
|------------------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|----------------|
| 生殖機能<br>温存治療を<br>受けた者                          | 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          |
| 生殖機能温存治療を受ける患者の紹介を受けた生殖機能<br>温存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    )<br><br>生殖機能温存治療主治医の氏名<br>(    △△ △△    ) |                |
| 領収金額合計<br>※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<br>金額(税込)を記載してください。                              |                |
|                                                |                    |           | 円                                                              |                |
|                                                |                    |           | 円                                                              |                |
|                                                |                    |           | 円                                                              |                |
|                                                |                    |           | 円                                                              |                |
| 備考                                             |                    |           |                                                                |                |

|                             |
|-----------------------------|
| 治療期間                        |
| 〇〇年 9 月 13 日 ~ 〇〇年 9 月 13 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 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巢組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、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、若しくは凍結保存した卵巢組織を再移植するまでの一連の医療行為のこと。

※2 助成の対象となる費用は、生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費及び文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。また、初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用について助成を受ける場合は、別途申請の必要があります。