

別記 第5－1号様式

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)

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
 主治医氏名(自署)

妊娠のための 治療の 対象者 (※2)	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	患者アプリ 番号		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		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	男 ・ 女	
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		
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 () 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 (年 月 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 (年 月 日)	
		2 凍結した未受精卵子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 凍結した精子を用いた妊娠のための治療		※上記開始日と同じ場合も記載 してください。	
		実施した治療又は内容の該当する記号に○を付けてください。			
		A 新鮮胚移植を実施			
		B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を 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			
E 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了					
III	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 含む ・ 含まない				
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおり)			
備考					

※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。

別記 第5－1号様式

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

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	— —

- ・ 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。