

別記 第8号様式

(本様式は、凍結保存した医療機関の医師が記載します。)

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(凍結更新分)

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(※1)を実施後凍結した胚(受精卵)、精子、卵子又は卵巢組織を保存し、次のとおり凍結更新に係る費用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	東京都新宿区西新宿2-8-1
・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。	医療機関の名称	〇〇病院
	診療科	婦人科
	生殖機能温存治療主治医氏名(自署)	△△ △△

生殖機能 温存治療を 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
	患者アプリ 番号	345611117890	患者アプリ番号がない 場合、その理由	「いいえ」の場合は助成を 受けることができません。
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の 指定医療機関である。		はい		
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業における 凍結更新に係る費用の申請回数(初回の凍結保存費用を除く)		(1) 回目の申請		
凍結保存した組織等	① 胚(受精卵) 2 精子 3 卵子 4 卵巢組織			※該当する番号に 〇を付けてください
初回の 凍結保存期間	2023 年 6 月 1 日(凍結日) ~ 2024 年 6 月 1 日			
申請対象の 凍結保存期間	2024 年 6 月 1 日(更新日) ~ 2025 年 6 月 1 日			
助成対象となる金額の合計額を記載してください。		50,000円		
原疾患治療を 実施する医療機関	1 自施設 ② 他施設(× × 病院			領収金額(凍結更新費用)に 対応する凍結保存の期間を 記載してください。
妊娠のための治療を 実施する医療機関	① 自施設 2 他施設(			
備考				

※1 原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子又は卵巢組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは
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のこと。

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

- ・ 助成の対象となる費用は、精子、卵子、胚(受精卵)及び卵巢組織の凍結保存に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 費用の支払いが年払いの場合は、1年分につき本証明書を1通作成してください。
2年払いの場合は、2年分につき1通作成してください。
- ・ 費用の支払いが月払いの場合は、1年分をまとめて本証明書を1通作成してください。