

別記 第2-1号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書 (生殖機能温存治療分)

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、生殖機能温存治療(※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
 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		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			
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 ・ いいえ			
生殖機能温存治療について紹介を受けた原疾患主治医が 所属する医療機関名と当該医師名			医療機関の名称() 原疾患主治医の氏名()			
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業又は 他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)			1 1回目の申請 2 2回目の申請(1回目の申請は東京都) 3 2回目の申請(1回目の申請は他の道府県) →道府県名()			
治療方法	I	男性へ生殖機能温存治療を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 精子凍結保存	生殖機能温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 生殖機能温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()			
	II	女性へ生殖機能温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 胚(受精卵)凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存 4 卵巣組織再移植	生殖機能温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 生殖機能温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
		実施医療機関 ()				
III	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。(※2) 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(※3)						

※1 原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子又は卵巣組織を採取し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巣組織を再移植するまでの一連の医療行為のこと。
 ※2 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。
 ※3 生殖機能温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

別記 第2-1号様式

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巢組織の採取に要した費用 (検査や排卵誘発剤代などを含む。)	円
胚(受精卵)を凍結保存する場合の受精に要した費用 (受精料、培養料など) ※受精に必要な夫の検査に要した費用を含む。	円
凍結保存に要した費用 (凍結処置料、初回の凍結保存料など) ※更新料は含まない。	円
入院等に要した費用 ※差額ベッド代、食事療養費は対象外	円
初診料	円
その他()	円
その他()	円
その他()	円
その他()	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。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巢組織の採取及び凍結、胚(受精卵)の凍結、並びに卵巢組織再移植に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 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。
- ・ 生殖機能温存治療の意思決定支援(カウンセリング)に要した費用は、対象とします。
ただし、意思決定支援を実施した結果、生殖機能温存治療を開始しなかった場合は対象外とします。
- ・ 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。