

真庭市若年がん患者妊孕性温存治療実施証明書

以下のとおり、がん治療により生殖機能が低下し、又は失うおそれがあると診断された者に対し妊孕性温存治療を実施することについて説明し、同意を得た上で実施した治療についての費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

妊孕性温存治療主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 妊孕性温存治療の開始日 ( 年 月 日)	
治療方法	1	実施した妊孕性温存治療 ア 精子凍結保存 イ 精巣内精子採取凍結保存 ウ 精巣上体精子採取凍結保存 上記の治療終了日 ( 年 月 日)	
	2	実施した妊孕性温存治療 ア 受精卵凍結保存 イ 卵子凍結保存 ウ 卵巣組織凍結保存 上記の治療終了日 ( 年 月 日)	
	3	1、2以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合 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
領収金額合計	円 (内訳は裏面のとおり)		

- 備考 1 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下し、又は失われるおそれがあるがん治療を行うがん患者に対し、精子、卵子若しく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又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をいう。
- 2 妊孕性温存治療の開始日は、精子、卵子又は卵巣組織の採取を行った日を記入してください。
- 3 主治医の治療方法により、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、患者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を裏面に記入してください。

(裏)

領収金額内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査、排卵誘発剤代等を含む。）	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、培養料等）	円
凍結保存に要した費用（凍結処理料、初回の凍結保存料等。更新に要する費用を除く。）	円
その他（ ）	円
合 計	円

- 備考 1 助成対象経費（精子、卵子若しくは卵巣組織の採取凍結又は卵子の採取、胚（受精卵）の凍結に係る保険適用外費用（初回の保存に要する費用を含み、入院費、入院時の食事代その他の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る経費を除く。）のみを計上してください。
- 2 体調不良等により医師の判断に基づき、妊孕性温存治療を中止した場合もそれまでに要した費用は助成対象となります。