

様式第2号（第8条関係）

（表）

小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書
（妊孕性温存治療実施医療機関）

次のとおり、原疾患により生殖機能が低下する、又は失う可能性があるとして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

医療機関の所在地
医療機関の名称
妊孕性温存治療主治医氏名（自署）

妊孕性 温存治 療を受 けた者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	治療日等	妊孕性温存治療の開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 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 上記の治療終了日（ 年 月 日）
	2	実施した妊孕性温存治療 ア 胚（受精卵）凍結保存 イ 未授精卵子凍結保存 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 有・無 院外処方 有・無 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		

備考

- 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患の治療に対し、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をいう。
- 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提供を受け、領収金額を裏面に記入してください。
- 妊孕性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。

(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（凍結処置料、初回の凍結保存料等をいう。ただし、凍結保存の延長等更新に要する費用を除く。）	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	

備考 助成対象経費（精子、卵子若しくは卵巣組織の採取凍結、卵子の採取又は胚（受精卵）の凍結に係る保険適応外費用（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費用を除く。）を計上してください。