

様式第5号（第8条関係）

（表）

小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存後生殖補助医療実施証明書  
（温存後生殖補助医療実施医療機関）

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温存後生殖補助医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  
温存後生殖補助医療主治医（自署）

温存後生殖補助医療を受けた者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
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	性別 男・女
治療方法	1	実施した温存後生殖補助医療 ア 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 イ 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 ウ 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 エ 凍結した精子を用いた生殖補助医療 生殖補助医療開始日（ 年 月 日） 生殖補助医療終了日（ 年 月 日） 実施医療機関（ ）			
	2	1においてア～エに該当する場合 ア 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 イ 人工授精を実施する場合 ウ 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した場合			
	3	1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 医療費について、今回の領収金額に 含む・含まない			
		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

- 1 温存後生殖補助医療とは、妊孕性温存治療により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をいう。
- 2 妊孕性温存治療を受けた者については、生殖補助医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してください。
- 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ほか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出を受け、領収金額を記載してください。

(裏)

領収金額内訳証明書

項 目	費 用
	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	

備考 助成対象経費（妊孕性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に係る医療保険適応外費用（入院費、食事療養費、文書料その他の治療に直接関係のない費用を除く。）を計上してください。