

(表)

様式第6号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

以下のとおり、原疾患治療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(※1)を実施することについて説明し同意を受け、温存後生殖補助医療を実施し、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 _____
温存後生殖補助医療主治医氏名 _____
(自署又は記名押印)

| | | | | |
|--|------------------------|---------------|------------------------|--------|
| 温存後生殖補助医療を受けた者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 妊孕性温存療法を受けた者(※2) | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象医療機関ですか。 | | | はい ・ いいえ | |
| 過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去 () 回受けた (助成を受けたことがある場合) 助成を受けた都道府県名 () | | | | |
| 治療方法 | I 実施した温存後生殖補助医療 | | | |
| | 以下の該当する番号に○を付けてください。 | | 生殖補助医療開始日 (年 月 日) | |
| | 1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 | | 生殖補助医療終了日 (年 月 日) | |
| | 2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 | | (上記実施日と同じ場合も記載してください。) | |
| 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 | | 実施医療機関 () | | |
| 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療 | | | | |
| II Iにおいて、2～4に該当する場合 | | | | |
| 以下の該当する番号に○を付けてください。 | | | | |
| 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 | | | | |
| 2 人工授精を実施する場合 | | | | |
| 3 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 | | | | |
| III I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合(※3) | | | | |
| 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 | | | | |

※1 妊孕性温存療法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のこと。

※2 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すること。

※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 |
| | 円 |
| | 円 |
| 合計 | 円 |

| 治療期間 | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |

| 領収金額に関する問い合わせ先 | |
|----------------|--|
| | |
| | |
| | |

- ・ 補助の対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法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要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- ・ 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出を受け、領収金額を記載してください。