

第2号様式（第6条関係）

神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書（妊孕性温存治療実施医療機関）

「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版」に基づき、がん治療により生殖機能が低下する又は失う恐れがあると診断された者に対し、妊孕性温存治療（※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 _____
 妊孕性温存治療主治医氏名 _____ (印)
 (自署又は記名押印)

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別等	年 月 日生	男・女
日本産科婦人科学会の「医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存に関する見解（平成28年6月改定）」に準じて妊孕性温存治療を行う医療機関ですか。		はい	いいえ
妊孕性温存治療について紹介を受けたがん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（ ）	がん主治医の氏名（ ）
治療方法	I	男性へ妊孕性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	妊孕性温存治療実施日(※2) (年 月 日) 妊孕性温存治療終了日(※3) (年 月 日) （上記実施日と同じ場合も記載してください。）
		2 精巣内精子採取凍結保存	実施医療機関 ()
	II	女性へ妊孕性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 受精卵凍結保存	妊孕性温存治療実施日(※2) (年 月 日) 妊孕性温存治療終了日(※3) (年 月 日) （上記実施日と同じ場合も記載してください。）
		2 卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 ()
III	I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※4) 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に）		

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのあるがん治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

※2 精子、卵子又は卵巣組織の採取を行った日。

※3 精子、卵子、卵巣組織又は胚（受精卵）の凍結保存を行った日。

※4 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。

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）	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
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

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妊孕性温存治療に要する費用のうち、推奨グレードA、B及びC1の精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結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、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等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。