

第10号様式（第7条関係）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書  
（妊孕性温存治療一部実施医療機関）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱第3条に定める助成対象者に対し、妊孕性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存治療（※1）の一部を実施し、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 \_\_\_\_\_

担当医師氏名（自署） \_\_\_\_\_

妊孕性 温存治療 を受けた 者	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名		性別
妊孕性温存治療を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 主治医の氏名（ ）	
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳	項 目	費 用	
			円
			円
			円
			円
備考			

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	— —

※1 生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患治療に際して精子、卵子又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、若しく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。

※2 助成の対象となる費用は、次の医療保険適用外費用です。

- ① 妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援（カウンセリング）に要する費用。  
ただし、意思決定支援を実施した結果、妊孕性温存治療を開始しなかった場合は対象外です。
- ② 妊孕性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る費用。  
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及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ③ 凍結した卵巣組織の再移植に係る費用。
- ④ 妊孕性温存治療を開始したが、凍結等が正常に行えなかった場合又は本人の体調不良等の理由により妊孕性温存治療を中止した場合に要した費用。