

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温存後生殖補助医療証明書
（温存後生殖補助医療実施医療機関）

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条の2に定める助成対象者に対し、温存後生殖補助医療（※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 _____

温存後生殖補助医療主治医氏名（自署） _____

温存後生殖補助医療の対象者 （妊孕性温存治療を受けた者）	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
	患者アプリ番号 （12桁）			
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業における温存後生殖補助医療指定医療機関ですか			はい	・ いいえ
妊孕性温存治療を実施した医療機関名			（ ）	
治療方法	① （1～4のいずれかに○を付けてください）		② （A～Gのいずれかに○を付けてください）	
	1	凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 （②でCのみ選択可）	A	新鮮胚移植を実施
	2	凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 （②でA、B、C、E、F選択可）	B	凍結胚移植を実施
	3	凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 （②でA～G選択可）	C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
	4	凍結した精子を用いた生殖補助医療 （②でA～G選択可）	D	人工授精を実施
			E	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
			F	受精できず又は受精したが胚が発育せず
			G	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
治療期間	年 月 日	～	年 月 日	
	（治療開始日）		（妊娠確認又は治療を中止した日）	
他医療機関依頼、院外処方等がある場合※2	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	（ ）		

※1 妊孕性温存治療により凍結した胚、卵子、精子を用いた生殖補助医療又は凍結した卵巣組織の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。ただし、卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は助成対象外です。

※2 貴医療機関以外の医療機関で治療の一部を実施した場合は、その内容を記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、当該記載欄に記載がない内容は助成対象外となる可能性があります。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
凍結した胚、卵子、精子の解凍に要した費用	円
精子、卵子の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
受精に要した費用	円
胚移植に要した費用	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	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 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 妊孕性温存治療により凍結した胚、卵子、精子を用いた生殖補助医療に要した費用
 - ② 凍結した卵巣組織の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用
 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は対象外です。
- ・ 貴医療機関が領収した金額のみを記入してください。貴医療機関以外の医療機関で治療の一部を実施した場合、患者本人に領収書等を提出いただくことにより別途確認を行うため、本証明書には記載不要です。