

様式第8号（第8条関係）

若年がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下し、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

医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 診療科 \_\_\_\_\_  
 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の対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
配偶者 (事実婚を含む。)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
治療方法	1 実施した温存後生殖補助医療			
	該当に○を付けてください。		温存後生殖補助医療開始日 ( 年 月 日) 温存後生殖補助医療終了日 ( 年 月 日) (上記開始日と同じ場合も記入してください。)	
	ア	凍結した胚(受精卵)を用いた温存後生殖補助医療	備考 ( )	
	イ	凍結した未受精卵を用いた温存後生殖補助医療		
ウ	凍結した卵巣組織再移植後の温存後生殖補助医療			
エ	凍結した精子を用いた温存後生殖補助医療			
2 1において、ア～エに該当する場合				
該当に○を付けてください。				
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 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		あり・なし	院外処方	あり・なし
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に)		
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を用いた温存後生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した温存後生殖補助医療のことをいう。

2 妊孕性温存治療を受け、温存後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入してください。

3 主治医の治療方針により、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、主治医が患者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提供を受け、領収金額を裏面に記入してください。

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

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温存後生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した温存後生殖補助医療に要した費用のうち保険適用外費用（入院費、入院時の食事代その他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）を除く。）のみを計上してください。この場合において、一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記入不要です。