

様式第9号（第8条関係）

連携機関領収金額内訳証明書（温存後生殖補助医療分）

以下のとおり、熱海市若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 _____

医療機関の所在地 _____

診療科 _____

担当医師氏名 _____

（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 日生
	氏名			
配偶者 (事実婚を含む。)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介元となる温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ 温存後生殖補助医療主治医の氏名 （ ）		
領収金額合計	円（内訳は以下のとおり。）			
領収金額内訳	項目	費用		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
領収金額に対する問い合わせ先	担当課 電話番号	担当者		
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
備考				

備考 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存治療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。