

(表)

様式第2-1号 (妊孕性温存療法実施医療機関において記載)

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

次の山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法を実施し、次のとおり医療費を領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 _____

妊孕性温存療法主治医診療科 _____

妊孕性温存療法主治医氏名 (自署) _____

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
	年齢	妊孕性温存療法開始日における年齢 歳		
	患者アプリ番号 (12桁)	※患者アプリ登録がない場合は理由を記載してください。		
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象医療機関ですか			はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患治療主治医が所属する医療機関名と当該医師名			医療機関名 () 原疾患治療主治医氏名 ()	
今回の治療方法	I	男性	1 精子凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍 結 保 存 日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記開始日と同じ場合も記載してください)
			2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	
	II	女性	1 胚(受精卵)凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	
III	他医療機関への依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。(※1)			
	他医療機関への依頼 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () 院外処方 あり ・ なし ()			
領収金額		[今回の療法に要した助成対象費用合計] ※明細を裏面に記載してください。 円		
備考 (※2)				

※1 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、その内容をⅢに記載してください。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、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※2 妊孕性温存療法が市場に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

(裏)

様式第2-1号 (妊孕性温存療法実施医療機関において記載)

妊孕性温存療法の領収金額明細

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
受精に要した費用 (受精卵を凍結保存する場合) (受精料、培養料など)	円
凍結操作に要した費用 (凍結処置料)	円
凍結保存に要した費用 (初回のみ・更新料は含まない)	円
その他 ()	円
合 計	円

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	

- ・助成対象となる費用のみ計上してください。
- ・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療法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、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。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載不要です。