

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る領収金額内訳証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

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、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法の一部を実施し、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 _____

担当医師氏名 _____

※担当医師氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関名（ ） 妊孕性温存療法主治医氏名（ ）			
領収金額合計 ※1		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		
			円		
備考					

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問い合わせ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

※1 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、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。