

(表)

様式第2－3号（温存後生殖補助医療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
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

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、温存後生殖補助医療（※1）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 _____

温存後生殖補助医療主治医診療科 _____

温存後生殖補助医療主治医氏名 _____

※主治医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

温存後生殖 補助医療の 対象者 (※2)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	(歳) 男 ・ 女
	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。		
配偶者 (事実婚を 含む)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	(歳) 男 ・ 女
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 の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか			はい ・ いいえ	
対象者又は配偶者は、過去に妊孕性温存支援事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。				
ない ・ ある →過去（ ）回受けた 助成を受けたことがある場合、助成を受けた都道府県名：（ ） 温存後生殖補助医療実施医療機関名：（ ）				
治療 方法	I	1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日（ 年 月 日）	
		2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療終了日（ 年 月 日）	
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	※上記開始日と同じ場合も記載してください。	
		4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	備考（ ）	
II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○を付けてください。			
	1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合			
	2 人工授精を実施する場合			
III	3 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			
	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。(※3)			
	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		

※1 妊孕性温存療法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のこと。

※2 妊孕性温存療法を受け、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者の氏名を記載すること。

※3 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。

温存後生殖補助医療の領収金額明細

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	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、妊孕性温存療法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、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は対象外です。
- ・卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。
- ・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。