

様式第3号その1（第7条関係）

若年がん患者等生殖機能温存治療等証明書（生殖機能温存治療分）

次のとおり、がん等治療により生殖機能が低下し、又は失われる可能性があるとして診断された者に対し、生殖機能温存治療を実施することについて説明し、同意を得た上で治療し、治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

生殖機能温存治療の主治医氏名（自署）

生殖機能 温存治療を 受けた者	ふりがな		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （ 歳）	
治療方法	実施した生殖機能温存治療		
	1	該当する番号に○をつけてください (1) 精子凍結保存 (2) 精巣内精子採取凍結保存	凍結保存日 年 月 日
			生殖機能温存治療終了日 年 月 日
	2	該当する番号に○をつけてください (1) 胚（受精卵）凍結保存 (2) 未授精卵子凍結保存 (3) 卵巣組織凍結保存	凍結保存日 年 月 日
			生殖機能温存治療終了日 年 月 日
	3	1、2以外で他医療提供施設への依頼、院外処方等がある場合は、ご記入ください。 (1) 他医療提供施設への依頼 （ 有 ・ 無 ） (2) 院外処方 （ 有 ・ 無 ）	
		医療提供施設名	依頼内容
	領収金額 合計	円（内訳は裏面のとおり）	

備考 生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下し、又は失われる可能性があるがん治療に際して、精子、卵子若しくは卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいいます。

領収金額内訳証明書

項 目	金 額
精子、卵子又は卵巣組織の採取に要した費用 (検査料、排卵誘発剤代など)	円
胚を凍結保存する場合の受精に要した費用 (受精料、培養料など)	円
凍結保存に要した費用 (凍結処理料、初回の凍結保存料など(更新料は含まない。))	円
その他 ()	円
その他 ()	円
その他 ()	円
合 計	円

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

備考

- 1 補助対象経費（要綱で定める医療機関及び医療提供施設（当該医療機関が必要と認めるものに限る。）における精子、卵子若しくは卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為を受ける事業（医療保険各法に基づく給付及び静岡市不妊治療費（先進医療）補助金交付要綱（令和6年4月1日施行）に基づく補助金又は他の地方公共団体からの補助金等（県要綱に基づく補助金を除く。）の交付を受ける場合は除く。）の実施に要する費用（文書料、入院費、入院時の食事代、交通費その他治療に直接関係のない費用及び2回目以降の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。
- 2 患者の状態により医師の判断で生殖機能温存治療を中止した場合、それまでに要した費用を含めることができます。
- 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医療提供施設で補助事業を行った場合、その治療費用は当該医療機関から提出される「若年がん患者等生殖機能温存治療に係る領収金額内訳証明書（様式第4号その1）」により確認するため、記載は不要です。