様式第３号その２（第７条関係）

若年がん患者等生殖機能温存治療等証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）

　　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診断された者に対し、温存後生殖補助医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

　　　　　　　　　　　　　温存後生殖補助医療の主治医氏名（自署）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 配偶者  （事実婚を  含む） | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 過去に生殖機能温存治療（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（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 治療方法 | １　実施した温存後生殖補助医療 | | | | |
| 以下の該当する番号に○を付けてください。  （１）凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療  （２）凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療  （３）凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療  （４）凍結した精子を用いた生殖補助医療 | | 生殖補助医療開始日  （　 　　年　 　　月 　　　 日）  生殖補助医療終了日  （　 　　 年　　　 月 　　　 日）  （上記開始日と同じ場合も記載してください。）  実施医療機関  （ 　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ２　１において、２～４に該当する場合 | | | | |
| 以下の該当する番号に○を付けてください。  （１）　凍結保存した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療を併せて実施する場合  （２）　人工授精を実施する場合  （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 | | | | |
| ３　１以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合 | | | | |
| 他医療機関への依頼　　あり　・　なし　　　　院外処方　　あり　・　なし  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  依頼内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  上記の医療費について、今回の領収金額に　　含む・　含まない | | | | |
| 領収金額  合計 | 円（内訳は裏面のとおり） | | | | |
| 備　考 |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 費用 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 合計 | 円 |

領収金額内訳証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 領収金額に関する問合わせ先 | |
| 担当課 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 治療期間 |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

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）における温存後生殖補助医療を受ける事業（医療保険各法に基づく給付、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を除く。））のみを計上してくださ

い。

２　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機関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２）」により確認するため、記載は不要です。