

様式第4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に係る領収金額内訳証明書  
（生殖機能温存治療実施医療機関の連携機関）

以下のとおり、がん等治療により生殖機能が低下し、または失われる可能性があるとして診断された者に対し、生殖機能温存治療実施医療機関の指導に基づく生殖機能温存治療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴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

診療科・担当医師氏名（自署）

生殖機能温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生
生殖機能温存治療を受ける患者の紹介元となる生殖機能温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関名称（ ） 生殖機能温存治療主治医氏名（ ）		
領収金額合計（※2）	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		
備考				

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	— —

- ※1 生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のことです。
- ※2 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）における生殖機能温存治療を受ける事業（医療保険各法に基づく給付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。