

様式第4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に係る領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医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診断された者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※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）

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな 氏名	生年月日	年　月　日生
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな 氏名	性別 生年月日	男・女 年　月　日生
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介元となる温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ 温存後生殖補助医療主治医の氏名 （ ））	
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	
		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 生殖機能温存治療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。