

(表)

様式第2号 (妊孕性温存療法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
(妊孕性温存療法実施医療機関)

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、妊孕性温存療法を実施し、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 _____

妊孕性温存療法主治医診療科 _____

氏名 (自署) _____

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------|---|
| 妊孕性温存療法を受けた者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日・性別 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | |
| | 年齢 | 妊孕性温存療法開始日における年齢 歳 | | |
| 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対象医療機関ですか | | はい ・ いいえ | | |
| 妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患治療主治医が所属する医療機関名と当該医師名 | | 医療機関名 () 原疾患治療主治医氏名 () | | |
| 今回の治療方法 | I | 男性 | 1 精子凍結保存 | 妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍 結 保 存 日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (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 () |
| | | | 2 精子凍結保存 (精巣内精子採取) | |
| | II | 女性 | 1 胚(受精卵)凍結保存 | |
| 2 未受精卵子凍結保存 | | | | |
| III | I、II以外で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。 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 _____ | | |

(注意事項)

今回の療法の一部を他の医療機関で行った場合、依頼先の医療機関名と依頼内容について記入し、その医療機関における医療費は、領収金額に含めないでください。

(裏)

様式第2号 (妊孕性温存療法実施医療機関において記載)

妊孕性温存療法の領収金額明細

| 項 目 | 費 用 |
|---|-----|
| 精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用 (検査や排卵誘発剤代などを含む) | 円 |
| 受精に要した費用 (受精卵を凍結保存する場合) (受精料、培養料など) | 円 |
| 凍結操作に要した費用 | 円 |
| 凍結保存に要した費用 (初回分) | 円 |
| 備考 | |
| 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、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚 (受精卵) の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・助成の対象となる費用は、治療に要する費用 (初回の凍結保存に要する費用を含む。) に限るものとし、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及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。