

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊
(妊孕性温存療)※手書きの場合は、必ず黒のボールペンで記入してください。
(消えるボールペン、鉛筆、シャープペンシルは不可)千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研
究、妊孕性温存療法(※1)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。

※訂正の際は、証明者(証明機関)が二重線を引き、訂正印®

2024年4月20日

本様式は、妊孕性温存を行う医師が記載します。

証明書を作成した日付

医療機関の所在地

千葉県千葉市中央区市場町〇-〇-〇

医療機関の名称

△△病院

診療科

婦人科

妊孕性温存療法主治医氏名(自署)

×× □□

| | | | | |
|---|-------------|--|--|------------|
| 妊孕性 温存療 法を受 けた者 | ふりがな | ちば はなこ | 生年月日 | 1985年4月1日生 |
| | 氏名 | 千葉 花子 | 性別 | 男・女 |
| | 患者アプリ 番号 | 1234 5678 | 千葉県以外の指定医療機関は「いいえ」に○をつけ都道府県名を記入してください。 | |
| 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業における千葉県が指定した指定医療機関ですか | | | はい・いいえ いいえの場合：都道府県名() | |
| 原疾患実施医 原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名 | | | 医療機関の名称(××病院) 原疾患主治医の氏名(○○ □□) | |
| 妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分) の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) | | | ① 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は千葉県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名{ } | |
| 治療方法 | I | 男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。) | 妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) | |
| | | 1 精子凍結保存 2 精子凍結保存 (精巣内精子採取) | -妊孕性温存療法開始日とは、採卵準備のための投薬開始時点、 自然周期で採卵を行う場合であって投薬前の卵胞の発育モニター やホルモン検査等の実施時点または精子採取時点のいずれか早い 時点をいいます。 -助成対象となる患者は、凍結保存日時点で43歳未満の患者です。 | |
| | II | 女性へ妊孕性温存療法を実施し (いずれかの番号に○を付けてください。) | 妊孕性温存療法開始日 (2024年4月1日) 凍結保存日 (2024年4月15日) 妊孕性温存療法終了日 (2024年4月15日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。) | |
| | III | 他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2) | 備考 () | |
| | | 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 | |
| 領収金額合計 | | | 375,000円(内訳は裏面のとおり) | |
| 備考(※3) | | | 患者に交付した領収書の金額のうち、助成対象となる金額の合計を記載してください。 ※助成上限は考慮しないで結構です。 | |

※1 生殖機能が低下する又は失う恐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。

※2 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、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※3 妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額 内訳証明書

| 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） | 200,000 円 |
| 胚（受精卵）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） | 100,000 円 |
| 凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など） ※更新料は含まない | 60,000 円 |
| 意思決定支援（カウンセリング）に要した費用 | 15,000 円 |
| その他（ ） | 円 |
| その他（ ） | 円 |
| その他（ ） | 円 |
| 合 計 | 375,000 円 |

表面の領収金額合計と同額となります。

| |
|----------------------|
| 治療期間 |
| 2024年4月1日～2024年4月15日 |

| 領収金額に関する問合せ先 | |
|--------------|------------------|
| 担当課 | 医事課 |
| 担当者 | 〇〇 |
| 電話番号 | 043 - 223 - 2402 |

治療方法 I または II に記載した妊孕性温存療法開始日及び妊孕性温存療法終了日を記載してください。

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 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、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書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。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。