

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後治療等証明書
（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して診断された者に対し、生殖機能温存後治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
生殖機能温存後治療の主治医氏名

温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
過去に妊孕性温存療法研究促進事業（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。		生殖補助医療開始日 （ 年 月 日）	
	(1) 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療		生殖補助医療終了日 （ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
	(2) 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療		実施医療機関 （ ）	
(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				
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) 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（ ）				
領収金額合計	円（内訳は裏面のとおりに）			
備考				

領収金額内訳証明書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問い合わせ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

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、静岡市特定不妊治療費補助金交付要綱（平成16年6月25日施行）若しくは静岡市一般不妊治療費補助金交付要綱（平成26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は、患者から他の医療機関で支払った治療費の領収書の提出を受け、主治医がその金額を含めた領収金額合計（表面）及び内訳証明書（裏面）をご記入ください。