

本様式は、妊孕性温存療法を行う医師が記載します。

(表面)

様式第1-2号(第8条第1項第一号関係)

埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の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(※1)を実施し、次のとおり

1回の治療につき1枚必要です。
2回分まとめて申請する場合は2枚ご準備ください。

2024年 4月 20日

医療機関の所在地 さいたま市浦和区高砂〇-〇
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	さいたま はなこ		生年月日	1994年 4月 1日生	
	氏名	埼玉 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	患者アプリ番号	1234 5678 9012	患者アプリ登録が無い場合、その理由			
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。				<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
妊孕性温存療法について紹介を受けた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(<input checked="" type="radio"/> ××病院) 原疾患主治医の氏名(<input type="radio"/> △△ □□)		
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)				<input checked="" type="radio"/> 1 1回目の申請 <input type="radio"/> 2 2回目の申請 (1回目の申請は埼玉県) <input type="radio"/> 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。)				
		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) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	備考 ()				
II	女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。)					
	<input checked="" type="radio"/> 1 胚(受精卵)凍結保存	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。)				
	2 未受精卵子凍結保存	(上記実施日と同じ場合も記載してください。)				
3 卵巣組織凍結保存	備考 ()					
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)					
	他医療機関への依頼	あり・ <input checked="" type="radio"/> なし	「はい」の場合は、依頼先の医療機関へ様式第1-3号の記載を依頼してください。			
		医療機関名 () 依頼内容 ()				
		院外処方 <input checked="" type="radio"/> あり・なし →「あり」の場合は、裏面の領収金額 内訳証明書に記載してください。				
領収金額合計				400,000 円 (内訳は裏面のとおり)		
備考(※3)				院外処方分も含めた金額を記載してください。 裏面の領収金額合計と一致させてください。		

- ※1 生殖機能が低下する又は失う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。

(裏面)

領収金額 内訳証明書

項目	費用
精子、卵子又は卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤などを含む。）	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。））	50,000 円
その他（ 院外処方 ）	50,000 円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	400,000 円

治療期間
2024年 4月 1日～ 2024年 4月 15日

表面の治療期間と一致させてください。

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	048-830-3599

治療内容(表面)に関する問合せ先	
担当課	産婦人科
担当者	△△
電話番号	048-830-4809

- ・ 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。
- ・ 院外処方箋を発行した場合は、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。
- ・ 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。