

様式第2号（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）

三重県がん患者妊孕性温存治療費助成申請に係る証明書

下記の者については、「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版」に基づき、がん治療により生殖機能が低下する又は生殖機能を失うおそれがあると診断された者に対し、妊孕性温存治療を実施することに関し申請者が同意し、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 \_\_\_\_\_

日本産科婦人科学会の登録施設番号 \_\_\_\_\_

日本がん・生殖医療登録システム登録番号  
(登録している場合) \_\_\_\_\_

妊孕性温存治療主治医氏名 \_\_\_\_\_ ④  
(※主治医が自署又は記名押印)

医療機関記入欄（妊孕性温存治療主治医がご記入ください）

(ふりがな) 治療者氏名	( )				
治療者生年月日・性別	年 月 日 男・女				
	妊孕性温存治療開始日における年齢 歳				
今回の治療方法	男性が妊孕性温存治療を行った場合は、ご記入ください。				
	I	1.精子凍結保存	左記の治療期間 年 月 日～ 年 月 日		
		2.精巣内精子保存	実施医療機関名 ( )		
	女性が妊孕性温存治療を行った場合は、ご記入ください。				
	II	1.受精卵凍結保存	左記の治療期間 年 月 日～ 年 月 日		
		2.卵子凍結保存 3.卵巣組織凍結保存	実施医療機関名 ( )		
III	I, II以外で他医療機関依頼, 院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。※1, 2				
	他医療機関への依頼	なし・あり	院外処方	なし・あり	
医療機関名 ( )		指示内容			
上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない					
領収金額	[今回の治療に要した助成対象費用合計] _____ 領収金額 _____ 円				

助成対象外費用

診療区分	治療日	金額	診療区分	治療日	金額

(※1) 今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。

(※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、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、金額が確認できた場合は主治医が領収金額を記載してください。