

(表)

様式第2号 (第6条関係・妊孕性温存治療実施医療機関において記載)

佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療実施証明書

次の者については、「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」に基づき、がん治療により妊孕性が低下する、又は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ついて説明し同意の上、次のとおり治療したことを証明します。

令和 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(※1) _____

日本がん・生殖医療登録システム登録番号(※1)

(登録している場合) (FP+7ケタ) _____

妊孕性温存治療主治医氏名 _____

㊞

(主治医が自署又は記名押印)

(※1)登録している場合はご記入ください。

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) 患者氏名	()	
患者生年月日	年 月 日	
	妊孕性温存治療開始日における年齢 歳	
今回の治療方法	I 妊孕性温存治療を行った場合は、ご記入ください。	
	1. 卵子凍結保存 2. 卵巣組織凍結保存 3. 胚(受精卵)凍結保存 4. 精子凍結保存 5. 精巣内精子採取凍結保存	左記の治療期間 (治療開始日から凍結保存完了日まで) 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 実施医療機関名 ()
	II 上記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。※2、3	
	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	

※記載に当たっては、裏面の※2、3の注意事項をご覧ください。

(裏面につづく)

(裏)

(※2) 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。

(※3) 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。

領収金 内訳明細書

項 目	費 用
卵子、卵巣、精子の採取に要した費用	円
授精に要した費用（胚（受精卵）を凍結保存する場合）	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
その他（ ）	円
合 計	円

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、精子、卵子、卵巣組織の採取・凍結及び胚（受精卵）の凍結に要する費用のうち、医療保険各法による医療に関する給付以外の費用です。ただし、治療に要する費用（初回の保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事、証明書などの文書料等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。