

## 京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生殖補助医療助成事業証明書

下記受療者について、京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療 (※1) を実施し、下記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

温存後生殖補助医療主治医氏名 (自署)

医療機関記入欄 (温存後生殖補助医療主治医がご記入ください)

温存後生殖補助医療の対象者 (※2)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
	患者アプリ番号		患者アプリ登録がない場合、その理由	
配偶者 (事実婚を含む)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
対象者は、過去に生殖機能温存療法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 ( ) 生殖機能温存療法実施医療機関名 ( )				
治療方法	I	助成対象となる治療は、生殖機能温存療法実施後に実施した次の治療です。 該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚 (受精卵) を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 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	生殖補助医療開始日 ( 年 月 日)  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。  備考 ( )	
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合		
	III	I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御記入ください。(※3) 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 ( ) 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない		
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおり)		
備考				

※1 生殖機能温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと

※2 生殖機能温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

※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、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に係る費用として、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。

領収金 内訳明細書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

領収金額に関する照会先	担当部署： 担当者名： 連絡先電話番号：
-------------	----------------------------

- 治療毎の 1 回あたりの助成上限額の詳細については別紙 1 を参照してください。
- 助成対象となる費用のみを計上してください。  
 助成対象経費は、生殖機能温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外とします。  
 また、温存後生殖補助医療における主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は対象外とします。
- 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合の費用は対象外です。
- 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。

