

(表)

第7号様式 (第9条関係)

(温存後生殖補助医療実施医療機関において記載)

若年がん患者妊孕性温存治療支援事業費助成金交付申請に関する証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関用)

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性がある者と診断された者に対し温存後生殖補助医療（※１）を実施することについて説明し同意を受け、温存後生殖補助医療を実施し、治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

(自署又は記名押印)

[illegible]

※1 妊孕性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です。

※2 妊孕性生殖温存療法を受け、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、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、本領収書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。

(裏)

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合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 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、妊孕性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。ただし、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。