

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る証明書
 （妊孕性温存治療実施医療機関）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱第3条に定める助成対象者に対し、妊孕性温存治療を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____

医療機関の名称 _____

診療科 _____

妊孕性温存治療主治医氏名（自署） _____

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな			患者アプリ番号(12桁)
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日	日生（妊孕性温存治療実施日 ^{※1} の年齢 歳）	男 ・ 女
妊孕性温存治療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（ _____ ） 原疾患主治医の氏名（ _____ ）		
		1回目		2回目
治療方法 (いずれかに☑)	女性の場合	<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存 <input type="checkbox"/> 卵子凍結保存 <input type="checkbox"/> 卵巣組織凍結保存（又は再移植）		<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存 <input type="checkbox"/> 卵子凍結保存 <input type="checkbox"/> 卵巣組織凍結保存（又は再移植）
	男性の場合	<input type="checkbox"/> 精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精子凍結保存（精巣内精子採取）		<input type="checkbox"/> 精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精子凍結保存（精巣内精子採取）
妊孕性温存治療実施日 ※1		年 月 日	年 月 日	年 月 日
他医療機関依頼、院外処方等がある場合 ※2		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（ _____ ）		
正常に行えなかった場合等		（妊孕性温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項）		

※1 精子、卵子、卵巣組織若しくは胚（受精卵）の凍結保存を行った日又は凍結した卵巣組織を再移植した日。
 ただし、やむを得ない理由により凍結等を正常に行えなかった場合又は中止した場合は、凍結保存を予定していた日。

※2 貴医療機関以外の医療機関で治療の一部を実施した場合は、その内容を記載してください。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、当該記載欄に記載がない内容は助成対象外となる可能性があります。

※裏面もあります。

領収金額 内訳証明書

項目	費用	
	1回目	2回目
意思決定支援（カウンセリング）に要した費用	円	円
妊孕性温存治療に要した費用	円	円
その他（ ）	円	円
合計	円	円

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。
- ・ 助成対象となる費用は、次の医療保険適用外費用です。
 - ① 妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援（カウンセリング）に要する費用。
ただし、意思決定支援を実施した結果、妊孕性温存治療を開始しなかった場合は対象外です。
 - ② 妊孕性温存治療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）の凍結に係る費用。
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や、凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
 - ③ 凍結した卵巣組織の再移植に係る費用。
 - ④ 妊孕性温存治療を開始したが、凍結等が正常に行えなかった場合又は本人の体調不良等の理由により妊孕性温存治療を中止した場合に要した費用。
- ・ 貴医療機関が領収した金額のみを記載してください。貴医療機関以外の医療機関で治療の一部を実施した場合、患者本人に領収書等を提出いただくことにより別途確認を行うため、本証明書には記載不要です。

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課
 電話 045-210-5015（直通）
 メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp