

様式第2号

(妊孕性温存治療実施医療機関において記載)

総社市若年がん患者妊孕性温存治療助成金給付申請に係る証明書

がん治療により妊孕性が低下し又は失うおそれがあると診断された患者に対して、がんの原疾患主治医から紹介を受け、妊孕性温存治療を実施したことを下記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

主治医氏名 _____ 印

妊孕性温存治療を受けた者	フリガナ氏名			
	生年月日	年 月 日	妊孕性温存治療開始日の年齢	歳
治療の内容	1 精子の採取及び凍結	治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	2 手術を伴う精子の採取及び凍結			
	3 卵子の採取及び凍結			
	4 卵巣組織の採取及び凍結			
	5 卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結			
(※) 妊孕性温存治療を受けた者の自己負担額の総額				円
自己負担額	上記の内訳	精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用	円	
		胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用	円	
		凍結保存に要した費用（初回分）	円	
		その他	円	
		負担額の問い合わせ先	(TEL)	
がん疾患の主治医からの紹介等	紹介年月日	年 月 日 (診療情報提供書の年月日を記入)		
	医療機関名			
	所在地			
	主治医氏名		診療科	
	原疾患名		左記の診断日	

(※) 自己負担額欄は、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）の凍結に要する費用のうち保険適用外費用です。

ただし、入院費、食費等治療に直接関係のない費用は対象外です。