

様式第2号

(妊孕性温存治療実施医療機関において記載)

高崎市がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書に係る証明書

がん等の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者に対して、妊孕性温存治療を実施することについて説明し、同意のうえ治療したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

妊孕性 温存治療 を受けた 者	フリガナ 氏 名			
	生年月日 性別	年 月 日 (男 ・ 女)	妊孕性温存治療 終了日の年齢	歳
治療の 内容	女性	1 胚（受精卵）凍結に係る治療 2 未受精卵子凍結に係る治療 3 卵巣組織凍結に係る治療	治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
	男性	1 精子凍結に係る治療 2 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	凍結保存日 年 月 日	
妊孕性温存治療を受けた者の自己負担額の総額 円				
上記の 内訳	胚（受精卵）凍結に係る治療（受精料、培養料などを含む） 円			
	未受精卵子凍結に係る治療（検査、排卵誘発剤代などを含む） 円			
	卵巣組織凍結に係る治療（検査、排卵誘発剤代などを含む） 円			
	精子凍結に係る治療（検査代を含む） 円			
	精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療（検査代などを含む） 円			
	凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回1年分の凍結保存料） 円			
	負担額の問合せ先 (TEL)			
原疾患 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			

注）自己負担額欄は、妊孕性温存治療のため患者が自己負担した助成対象の費用のみを記入してください。

助成対象の費用は、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受精卵の凍結に要する費用のうち保険適用外費用です。入院費、食費等治療に直接関係のない費用は対象外です。