（様式第８号） 温存後生殖補助医療実施機関において記載

宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業

に係る温存後生殖補助医療証明書

以下のとおり、宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付要綱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）を実施することについて説明し、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医氏名 印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 温存後生殖補助医療を受けた者（※２） | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日・性別等 | 年　　　　月　　　　日生　　　　　　　男　・　女（治療期間の初日における妻の年齢　　　満　　　　歳） |
| 患者アプリ番号 |  | 患者アプリ登録が無い場合、その理由 |  |
| 生殖機能温存治療を受けた者 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日・性別等 | 年　　　　月　　　　日生　　　　　　　男　・　女（生殖機能温存治療実施日における年齢　　　満　　　　歳） |
| 治療方法 | Ⅰ | 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 |
| 治療期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 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 |
| 領収金額合　計 | 今回の治療に要した助成対象費用合計　　　領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※１　生殖機能温存治療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　妊孕性温存療法を受け、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。

（裏面）

（温存後生殖補助医療実施機関において記載）

領収金額　内訳証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 費　　用 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 合　　　　計 | 円 |

|  |
| --- |
| 領収金額に関する問合せ先 |
| 担当課 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 | 　　　　－　　　　－ |

〇 助成対象となる費用のみを計上してください。

〇 助成の対象となる費用は、生殖機能温存治療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。

〇入院室料（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。

〇 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。

〇 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。