（様式第６号） 生殖機能温存治療医療機関において記載

宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書

以下のとおり、がん治療により生殖機能が低下する又は生殖機能を失うおそれがあると診断された者に対し、宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付要綱第２（１）に基づく、生殖機能温存治療（※）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

生殖機能温存治療医氏名 印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
| 患者アプリ番号 |  | 患者アプリ登録が無い場合、その理由 |  |
| 治療方法 | 治療が完了したもの | 男性 | １　精子の採取及び凍結２　精巣内精子の採取及び凍結 |
| 女性 | １　卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結２　卵子の採取及び凍結３　卵巣組織の採取及び凍結 |
| 治療期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 体調不良等により医師の判断により中断したもの | 男性 | １　精子の採取及び凍結２　精巣内精子の採取及び凍結 |
| 女性 | １　卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結２　卵子の採取及び凍結３　卵巣組織の採取及び凍結 |
| 治療期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 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 |

※　生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下する又は失う恐れのあるがん治療に関して精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し受精させ胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと

（裏面）

（生殖機能温存治療実施医療機関において記載）

領収金額　内訳証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 費　　用 |
| 卵子、精子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む） | 円 |
| 胚（受精卵）を凍結保存する場合の授精の要した費用（授精料、培養料など） | 円 |
| 凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など） | 円 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 円 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 円 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療に要する費用のうち、精子、卵子又は卵巣組織の採取凍結並びに卵子の採取、受精による胚（受精卵）の凍結に係る保険適用外費用です。

〇 助成の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の保存に要する費用を含む。）とし、入院費、

入院時の食事代等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

〇 体調不良などにより医師の判断に基づき、生殖機能温存治療を中止した場合も、それまでに要した生殖機能温存治療に係る費用は助成対象です。

〇 主治医の治療方針に基づき、主治医が属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合は、主

治医が、患者から当該医療機関が発行した領収書の提出を受け、金額を記載してください。