様式第１－２号

秋田県
小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
（妊よう性温存療法実施医療機関）

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法（※１）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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

妊よう性温存療法主治医氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署）

妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏名		性別	男　・　女
	患者アプリ番号		患者アプリ登録が無い場合、その理由	

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の指定医療機関ですか。	はい　・　いいえ
妊よう性温存療法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（　　）
妊よう性温存療法費用等助成事業（妊よう性温存療法分）の申請回数 （いずれかの番号に〇を付けてください） ※令和３年４月１日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。	１　１回目の申請 ２　２回目の申請 （１回目の申請は秋田県） ３　２回目の申請 （１回目の申請は他の都道府県） →都道府県名｛　　｝

治療方法	Ⅰ	男性へ妊よう性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 （いずれかの番号に〇を付けてください。）	
		1 精子凍結保存 2 精子凍結保存 （精巣内精子採取）	妊よう性温存療法開始日　（　年　月　日） 凍結保存日　（　年　月　日） 妊よう性温存療法終了日　（　年　月　日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考 （　　）
	Ⅱ	女性へ妊よう性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 （いずれかの番号に〇を付けてください。）	
		1 胚（受精卵）凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	妊よう性温存療法開始日　（　年　月　日） 凍結保存日　（　年　月　日） 妊よう性温存療法終了日　（　年　月　日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考 （　　）
	Ⅲ	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 （※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　（　　）	
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおり）	
備考（※３）			

※１　生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを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、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

※２　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、その内容をⅢに記載してください。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、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※３　妊よう性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額　内訳証明書

項　　目	費　　用
精子、卵子、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受精に要した費用（受精料、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（更新料は含まない））	円
その他（　　）	円
その他（　　）	円
その他（　　）	円
合　　計	円

治療期間
年　月　日～　年　月　日

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。

・　助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊よう性温存療法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）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。

・　助成の対象となる費用は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、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及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

・　本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。