

本様式は、温存後生殖補助医療を行う医師が記載します。

記入例

様式第3-2号(表)※裏面にも記載箇所あり

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施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)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

証明書を作成した日付

令和 8 年 5 月 30 日

※手書きの場合は、必ず黒のボールペンで記入してください。

(消えるボールペン、鉛筆、シャープペンシルは不可)

※訂正の際は、証明書(証明機関)が二重線を引き、訂正印

医療機関の所在地

千葉県千葉市中央区市場町〇-〇-〇

医療機関の名称

××病院

診療科

乳腺外科

主治医氏名(自署)

△△ □□

温存後 生殖補助 医療の 対象者 (※2)	ふりがな	ちば はなこ	生年月日	平成 2 年 8 月 1 日生
	氏名	千葉 花子	性別	男・女
	患者ア ブリ番 号	1234 5678 9100	患者 場合	
配偶者 (事実婚 を含む)	ふりがな	ちば たろう	生年月日	平成 2 年 3 月 3 日生
	氏名	千葉 太郎	性別	男・女
千葉県小 児におけ る	千葉以外の指定医療機関の場合は「いいえ」に○を付け、 指定されている都道府県名を記入してください。			
対象者又はパートナーは、過去に温存後生殖補助医療の助成を受けたことがありますか				
ない・ある → 過去 (1) 回受けた				
(助成を受けたことがある場合) 助成を受けた都道府県名 (千葉県) 温存後生殖補助医療実施医療機関名 (××病院)				
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。 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 凍結した未受精卵 3 凍結した卵巣 4 凍結した精子		
治療方法	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 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。(※3)		
医療機関への依頼		あり・なし	院外処方	
医療機関名(依頼内容)				
領収金額合計		200,000 円(内訳は裏面のとおり)		
備考				

生年月日は年号
(昭和、平成等)で
記入してください。

・生殖補助医療開始日は実施要綱の「別紙1」を参照してください。
・助成対象となる患者は、治療初日の妻の年齢が43歳未満の方です。

「他医療機関
への依頼」と
「院外薬局」の
それぞれに○
を付けてくだ
さい。

患者に交付した領収書の金額のうち、助成対象となる金額の合計を記載してください。
※助成上限は考慮しなくて結構です。

※1 妊孕性
補助

※2 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚体を再移植した方の氏名を記載すること。

※3 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。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
〇〇〇	100,000円
〇〇〇	50,000円
〇〇〇	50,000円
治療した内容を記載してください。	円
	円
表面の領収金額合計と同額になります。	円
合 計	200,000円

治療期間	領収金額に関する問合せ先	
令和8年4月1日～令和8年4月30日	担当課	医事課
治療方法Ⅰに記載した生殖補助医療開始日及び生殖補助医療終了日を記載してください。	当 者	〇〇
	話 番 号	043-223-2402

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法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。ただし、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は対象外です。
- ・ 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。
- ・ 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。