

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業 生殖機能温存治療実施証明書
 （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）

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業実施要綱で示す要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療（※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。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

日本産科婦人科学会の登録施設番号

日本がん・生殖医療登録システム
登録番号（FP+7桁）

生殖機能温存治療主治医名（自署）

生殖機能温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・年齢	年 月 日生（ ）歳	性別	
	患者アプリ番号	患者アプリ登録がない場合、その理由		
生殖機能温存治療の申請回数 <small>（いずれかの番号に✓を付けてください。）</small>		<input type="checkbox"/> 1回目の申請 <input type="checkbox"/> 2回目の申請（1回目の申請は岐阜県）（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回目の申請（1回目の申請は[]都道府県）（ 年 月）		
原疾患治療医療機関名		実施医療機関（ 病院） 主治医名（ 科 医師）		
治療方法	共通	意思決定支援	意思決定支援実施日（ 年 月 日） 実施医療機関（ ）	
	I	1 胚（受精卵）凍結保存	生殖機能温存治療開始日（ 年 月 日）	凍結保存日（ 年 月 日）
		2 未受精卵子凍結保存	生殖機能温存治療終了日（ 年 月 日）	
		3 卵巣組織凍結保存	※上記実施日と同じ場合も記載してください。	
実施医療機関（ ）				
II	1 精子凍結保存	生殖機能温存治療開始日（ 年 月 日）	凍結保存日（ 年 月 日）	
	2 精子凍結保存 （精巣内精子採取）	生殖機能温存治療終了日（ 年 月 日）	※上記実施日と同じ場合も記載してください。	
	実施医療機関（ ）			
III	I、II以外で他医療機関に依頼、院外処方等がある場合は、こちらに記載してください。（※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）				

領収金額 内訳証明書 (※4)

項目	費用
精子、卵子又は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
意思決定支援に要した費用	円
その他()	円
その他()	円
その他()	円
合計	円

治療期間	支払日
年 月 日～ 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(内線)	

- ※1 生殖機能を低下させ、又は失うおそれのあるがん治療等に際して、精子、卵子若しく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又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をいう。
- ※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。
例：精巣内精子の採取のみを指定医療機関以外の小児専門病院で行い、凍結保存を指定医療機関で行った場合
- ※3 生殖機能温存治療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。
- ※4
- ・助成の対象となる費用のみを計上してください。
 - ・助成の対象となる治療費は、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要する自己負担額のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院費、入院時の食事代、文書料等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等は対象外です。
 - ・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。