

様式第4号（生殖機能温存療法実施医療機関において記載）（表面）

※生殖機能温存療法実施日が令和3年3月31日以前の場合は旧様式を使用してください

京都府がん患者等生殖機能温存療法助成事業証明書

下記受療者について、生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法を実施し、下記のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

生殖機能温存療法主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（生殖機能温存療法主治医がご記入ください）

ふりがな 受療者氏名			
受療者生年月日 性別	年 月 日生	男 ・ 女	
	生殖機能温存療法実施日における年齢	満	歳
今回の治療方法	I	男性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。 (いずれかの番号に○)	
		1.精子凍結保存	・ 左記の開始日 年 月 日
		2.精巣内精子保存	・ 凍結保存日 年 月 日 ・ 左記の終了日 年 月 日
		実施医療機関名 ()	
	II	女性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。 (いずれかの番号に○)	
		1.受精卵凍結保存	・ 左記の開始日 年 月 日
2.卵子凍結保存		・ 凍結保存日（4.の場合は再移植日） 年 月 日	
3.卵巣組織凍結保存		・ 左記の終了日 年 月 日	
	4.卵巣組織再移植 実施医療機関名 ()		
III	I、II以外で他機関依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。 (※2、3)		
	他医療機関への依頼 なし・あり	院外処方 なし・あり	
	医療機関名 () 指示内容 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない		
領収金額	〔今回の凍結保存に要した助成対象費用合計〕※明細を裏面に記載してください。 領収金額 円		
備考			

※記載上の注意事項等は裏面参照

領収金 内訳明細書

項目	費用
卵子、卵巣、精子の採取に要した費用	円
受精に要した費用（胚（受精卵）を凍結保存する場合）	円
凍結操作に要した費用	円
凍結保存に要した費用（初回分）	円
卵巣組織の再移植に要した費用	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	円

領収金額に関する照会先	担当部署： 担当者名： 連絡先電話番号：
-------------	----------------------------

- 「1回」の定義について
 - ・ 胚（受精卵）凍結及び未授精卵子凍結については、1回の採卵周期に行った生殖機能温存療法を1回と定義します。
 - ・ 卵巣組織凍結及び卵巣組織再移植については、1回の手術を1回と定義します。
 - ・ 精子凍結については、1回の採精手技を1回と定義します。精巣内精子採取術については1回の手術を1回と定義します。
 - ・ 異なる種類の生殖機能温存療法を受けた場合であっても、その治療が一連のものである場合は1回とカウントし、助成上限額の高い生殖機能温存療法に対して助成を行います。
- 生殖機能温存療法を中止した（凍結に至らなかった）場合
 - ・ 生殖機能温存療法実施の意思決定が行われ、排卵誘発剤等の投与が行われた後に、患者の体調不良等の理由で中止した（凍結に至らなかった）場合も助成対象とします。その場合は、「凍結保存日」は空欄とし、「備考」欄に凍結に至らなかった理由を記載してください。
- 助成対象となる費用のみを計上してください。

助成対象経費は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、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は対象外とします。
- 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、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。