

第2号様式（第6条関係）

妊孕性温存治療実施証明書

年 月 日

富士宮市長 宛

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

次の者について、妊孕性温存治療を行ったことを証明します。

受診者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
妊孕性温存治療開始日		年 月 日		
治療内容	1	男性が妊孕性温存療法を行った場合に記入		
		1 精子凍結保存	左記の治療終了日（ 年 月 日） 左記の凍結保存日（ 年 月 日）	
	2 精巣内精子採取凍結保存	実施医療機関名		
	2	女性が妊孕性温存療法を行った場合に記入		
		1 胚（受精卵）凍結保存	左記の治療終了日（ 年 月 日）	
		2 未授精卵子凍結保存	左記の凍結保存日（ 年 月 日）	
	3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関名		
3	1 及び 2 以外の他の医療機関への依頼、院外処方等がある場合は、こちらに記入してください。ただし、貴院にて、40万円（精子の採取凍結については2万円）を超えた妊孕性温存治療を実施した場合は、記載する必要はありません。			
	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に）		

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子又は卵巣組織の採取に要した費用（検査料、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

- 1 助成の対象となる費用のみを記載してください。
- 2 助成の対象となる費用は、精子、卵子若しくは卵巣組織の採取凍結、卵子の採取又は胚（受精卵）の凍結に要する費用で、当該費用が保険適用外となる場合に限りです。
- 3 入院費、入院食事代等の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。
- 4 体調不良などにより、医師の判断に基づいて妊孕性温存治療を中止した場合においても、それまでに要した妊孕性温存治療に係る費用は助成対象となります。
- 5 主治医の治療方針により、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合は、受診者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。