

妊孕性温存療法の一部を別の医療機関で実施した場合に提出してください。

記入例

様式第3-3号

岡山県小児・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領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

岡山県小児・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実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

令和5年 5月 1日

医療機関の所在地 岡山市北区内山下××-××
医療機関の名称 ××クリニック
診療科 産婦人科
担当医師 氏名 井原 四郎
(自署)

妊孕性 温存療法 を受けた者	ふりがな	おかやま ももこ			
	氏名	岡山 桃子			
	生年月日 ・性別等	1993年	1月	1日生	男 女
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法 指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称(△△病院)		担当医師の氏名(倉敷 太郎)	
領収金額合計 ※2	10,000円 (内訳は以下のとおり)				
領収金額内訳	項目				費用
	〇〇製剤処方				10,000円
					円
					円
					円
					円
備考					

治療期間
令和5年3月31日～令和5年4月15日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	庶務課
担当者	総社
電話番号	086-×××-××××

- ※1 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のこと。
- ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回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。