

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書
 （温存後生殖補助医療一部実施医療機関）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱第3条の2に定める助成対象者に対し、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。

_____年 _____月 _____日

医療機関の所在地 _____

医療機関の名称 _____

診療科 _____

担当医師氏名（自署） _____

温存後生殖補助医療の対象者 （妊孕性温存治療を受けた者）	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男 ・ 女		
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ _____ ） 主治医の氏名（ _____ ）				
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）					
領収金額内訳	項 目	費 用				
		円				
		円				
備考						

治療期間
_____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	_____ — _____

※1 妊孕性温存治療により凍結した胚、卵子、精子を用いた生殖補助医療又は凍結した卵巢組織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、次の医療保険適用外費用です。

① 妊孕性温存治療により凍結した胚、卵子、精子を用いた生殖補助医療に要した費用

② 凍結した卵巢組織の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用

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。

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課
 電話 045-210-5015（直通）

メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp