

受給者番号（東京都が記載）

## 若年がん患者生殖機能温存治療受診等証明書（凍結更新分）

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療（※1）を実施後凍結した胚（受精卵）、精子、卵子又は卵巢組織を保存し、次のとおり凍結更新に係る費用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

主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	
凍結保存した組織等	1 胚（受精卵） 2 精子 3 卵子 4 卵巢組織 ※該当する番号に○を付けてください。	
凍結保存の期間	年 月 日（凍結日）～ 年 月 日（最後の融解日）	
	（凍結保存の年数） 年間（1年未満の端数は切り上げ）	
原疾患治療施設及び妊娠のための治療を行う施設名称	原疾患治療を実施する医療機関	妊娠のための治療を実施する医療機関
	1 自施設 2 他施設（ ）	1 自施設 2 他施設（ ）
※ 該当する番号に○を付け、他施設の場合は医療機関名称を記載する。		
領収金額	〔初回の凍結保存を除く凍結更新費用（保険適用外）に限る。〕 （領収書の期間） 年 月 日～ 年 月 日 領収金額 円	

（※1）

原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子又は卵巢組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、若しく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のこと。

領収金額に関する問い合わせ先

担当課	
担当者	
電話番号	— —