様式第１－７－２号

大阪府
がん患者等妊よう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実施医療機関の連携機関）

大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業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（※２）

担当医師等（※２）　氏名　　（自署）

温存後生殖補助医療の対象者（※３）	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏名		性別	男　・　女
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	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		指定医療機関の名称（　　） 温存後生殖補助医療主治医の氏名（　　）		
領収金額合計※４		円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳		項目	費　用	
			円	
			円	
			円	
			円	
			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 妊よう性温存治療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 薬局の場合は、診療科は記載不要。また、担当医師等の欄には、薬剤師が署名をすること。

※３ 妊よう性温存治療を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

※４ 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療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に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。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。