

凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

対象者	ふりがな	よこはま はなこ		性別	男 ・ ☒ 女
	氏名	横浜 花子			
	生年月日	平成 2 年 3 月 9 日			
凍結保存した組織等 (いずれかの番号に○をつけてください)			1 精子 ☒ 2 未受精卵子- 3 胚 (受精卵) 4 卵巢組織		
妊よう性温存治療実施日 (※1) (複数年にわたって凍結した場合は、() 内に実施開始日～終了日と記載。上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。)			令和5 年 12 月 5 日 ()		
凍結保存更新期間 (凍結保存更新開始日～凍結保存終了日)			令和6年 4月 1日 ～ 令和9 年 3月 31日		
検体の更新として支払った、複数年分の保存期間を記載してください					
証明書記入日 令和 6 年 9 月 2 日					
上記のとおり、横浜市がん患者等妊よう性温存治療に関する助成要綱第3条第2項に定める助成対象者に対し行われた、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療により凍結した精子、卵子、胚 (受精卵) 又は卵巢組織について、					
☐	保存更新1年目	令和6年4月1日～令和7年3月31日			
☐	保存更新2年目	令和7年4月1日～令和8年3月31日			
☐	保存更新3年目	令和8年4月1日～令和9年3月31日			
当てはまる期間に○をつけてください。更新から1日以上経過していれば、1年完了していなくて構いません。		凍結保存更新期間を1年ごとに記載してください。			
凍結保存の継続期間のうち、○をつけている期間の保存更新を行ったことを証明します。					
医療機関名 <u>〇×病院</u>					
住所 <u>横浜市中区山下町××-×</u>					
主治医氏名 <u>関内 市子</u> (※自署)					
押印不要です。					

※1 精子、未受精卵子、胚 (受精卵)、卵巢組織の凍結保存を行った日をいう。