

医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解の実施状況報告書

都道府県名

医療機関コード

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

精子の凍結又は融解 の実施件数	患者からの徴収額（消費税を含む。） （※記載上の注意 2. を参照）	
		円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年 8 月 1 日から当年 7 月 31 日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「患者からの徴収額」は、精子の凍結又は融解に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記載すること。
3. 精子の凍結又は融解に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。