

(別紙様式 23)

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(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

(医療機関コード：)
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 令和 年 月 日)

療養の種類	患者からの徴収額
精子の凍結及び融解	円

連絡先
担当者：
電話番号：