（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

四国厚生支局長　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  |