(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

保険医療機関の

所在地及び名称

開 設 者 名

東北厚生局長　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 |