(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

保険医療機関コード

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険医療機関の

担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地及び名称

　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名

北海道厚生局長　殿

(実施日・変更日 　 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 |