

(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

地方厚生（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        |