

臓器移植患者登録証明書兼患者負担金領収書		
登 録 患 者 名	住 所	
	氏 名	
傷 病 名		
医 療 機 関 名	(病院) (氏名)。 (住所)	
上記の者は、頭書の傷病の治療のため、医師を通じて社団法人日本臓器移植ネットワークに患者登録をした者であることを証明します。 また、社団法人日本臓器移植ネットワークが行う、臓器移植を成立させるための業務に係る経費につき、当社団に登録されている患者に係る患者負担金として、下記を領収いたしました。 (金額) 円 〇〇年〇月〇日 社団法人日本臓器移植ネットワーク 〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-3-6彩翠ビル6階		

印

- ① この登録証明書兼領収書は、臓器移植患者負担金について医療費控除を受けるために必要です。
- ② 医療費控除を受けるためには、この登録証明書兼領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。