

| 非血縁者間骨髄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)<br>(氏名)<br>(住所) |  |
| <p>上記の者は、頭書の傷病の治療のため、医師を通じて財団法人骨髄移植推進財団に患者登録をした者であることを証明します。</p> <p>また、財団法人骨髄移植推進財団が行う骨髄移植を成立させるための業務に係る経費につき、当財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。</p><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(金額)</span> <span>円</span> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>〇〇年〇月〇日</p> <p>財団法人骨髄移植推進財団</p> <p>〒101-0054 東京都千代田区神田錦町3丁目19番地 廣瀬第2ビル7F</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; text-align: center;"> <p>印</p> </div> </div> |                      |  |

- ① この登録証明書兼領収書は、非血縁者間骨髄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。