

(別添 2)

非血縁者間骨髄移植又は末梢血幹細胞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)	
<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又は末梢血幹細胞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>		
(金額)	円	
年 月 日		
財団法人骨髄移植推進財団		
〒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		
		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>

- ① この登録証明書兼領収書は、非血縁者間骨髄移植又は末梢血幹細胞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必要があります。