

# 凍結胚保存期間延長または廃棄に関する同意書

おおのレディースクリニック 院長殿

私たち夫婦は、下記の事項と別紙「凍結日より 1 年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結胚について手続きいたします。

## <凍結胚の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結胚の保存は女性の生殖年齢を超えない期間とし、1 年毎に延長手続きをおこなうものとします。
- ・凍結胚の保存期間延長にかかる凍結胚保存管理料は、保険診療(10,500 円/年)または自費診療(33,000 円/年)となります。

※保険診療、自費診療のどちらか該当する方に☑を付け、署名・捺印の上、診察時間内にお越しください。なお、保険診療で凍結胚の保存期間延長の手続きをされる場合は、ご夫婦で医師の診察を受ける必要があります。また、保存期間延長の手続きは、凍結胚保存期限日より前にはおこなえません。

下記のいずれか一つでも☑点がない(条件を満たさない)場合は自費診療での凍結胚保存期間延長となります。

- 保険適用の要件をすべて満たしていること。
  - ・凍結胚保存期間延長の申請日の時点で女性の年齢が43歳未満である。
  - ・保険診療の回数制限の上限に達していない。
- 妊娠中ではないこと。
- 凍結胚保存期限日より2か月前の時点で治療中であること。  
または、治療を中断していたが、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に受診し、治療を再開していること。(該当する場合の受診日:令和 年 月 日)
- 凍結胚保存期限日(令和 年 月 日)より3か月以内に胚移植をすること。

該当するものに☑を付けてください。

保険診療 (10,500 円/年)

自費診療 (33,000 円/年)

## <凍結胚の廃棄を希望する場合>

ご夫婦より廃棄の申し出があった場合、離婚や配偶者の死去の場合、女性の生殖年齢を超えた場合には、凍結胚を廃棄します。一度廃棄を希望された場合、撤回はできませんのでご注意ください。

廃棄

胚凍結日	平成・令和	年	月	日
申請年月日：令和 年 月 日				
住所：〒				
電話番号：				
妻 氏名(自署)：				印
夫 氏名(自署)：				印

# 記入例

凍結胚の保存延長をご希望の方は、当てはまる箇所に☑をつけてください。

「治療を中断していたが…治療を再開していること。」に続く、「該当する場合の受診日」は、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に、治療再開のために受診した日付(複数日ある場合は初回目)を記入してください。

「保険診療」と「自費診療」のいずれか当てはまる方に☑をつけてください。

上記チェック欄で、すべてに☑が ついた場合は保険診療での保存延長、いずれかひとつでも☑が つかない場合は自費診療での保存延長となります。

凍結胚の廃棄を希望される方は「廃棄」に☑をつけてください

1 胚を凍結した日を記入してください。(別紙「凍結日より1年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の1ページ目上部に記載してあります。)

2 申請年月日は、この同意書を記入した日付です。

3 住所は現住所を記入してください。電話番号は連絡が取れる電話番号を記入してください。氏名の欄は奥様とご主人それぞれ自署にて記入し、印鑑を押してください。

## 凍結胚保存期間延長または廃棄に関する同意書

おおのレディースクリニック 院長殿

私たち夫婦は、下記の事項と別紙「凍結日より1年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結胚について手続きいたします。

### <凍結胚の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結胚の保存は女性の生殖年齢を超えない期間とし、1年毎に延長手続きをおこなうものとします。
  - ・凍結胚の保存期間延長にかかる凍結胚保存管理料は、保険診療(10,500円/年)または自費診療(33,000円/年)となります。
- ※保険診療、自費診療のどちらか該当する方に☑を付け、署名・捺印の上、診察時間内にお越しください。なお保険診療で凍結胚の保存期間延長の手続きをされる場合は、ご夫婦で医師の診察を受ける必要があります。また、保存期間延長の手続きは、凍結胚保存期限日より前にはおこなえません。

下記のいずれか一つでも☑点がない(条件を満たさない)場合は自費診療での凍結胚保存期間延長となります

- 保険適用の要件をすべて満たしていること。
  - ・凍結胚保存期間延長の申請日の時点で女性の年齢が43歳未満である。
  - ・保険診療の回数制限の上限に達していない。
- 妊娠中ではないこと。
- 凍結胚保存期限日より2か月前の時点で治療中であること。  
または、治療を中断していたが、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に受診し、治療を再開していること。(該当する場合の受診日:令和 年 月 日)
- 凍結胚保存期限日(令和 年 月 日)より3か月以内に胚移植をすること。

該当するものに☑を付けてください。

- 保険診療 (10,500円/年)       自費診療 (33,000円/年)

### <凍結胚の廃棄を希望する場合>

ご夫婦より廃棄の申し出があった場合、離婚や配偶者の死去の場合、女性の生殖年齢を超えた場合には、凍結胚を廃棄します。一度廃棄を希望された場合、撤回はできませんのでご注意ください。

### 廃棄

1	胚凍結日	平成・令和	年	月	日
2	申請年月日	令和	年	月	日
3	住所	〒			
	電話番号				
	妻 氏名(自署)				(印)
	夫 氏名(自署)				(印)