

# 凍結精子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

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精子がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結精子について手続きいたします。

## <凍結精子の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結精子の保存は、1年毎に保存期間延長手続きをおこなうものとします。
- ・凍結精子の保存期間延長にかかる凍結精子保存管理料は、保険診療(2,100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点を付け、署名・捺印の上、診察時間内にお越してください。

なお、保険診療で凍結精子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、凍結精子保存期限日より前にはおこなえません。

## ◇自費診療で精子凍結をおこなった方

自費診療 (33,000円/年)

## ◇保険診療で精子凍結をおこなった方

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。

- ・凍結精子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。

凍結精子保存期限日より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、凍結精子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)

保険診療と自費診療のいずれか該当する方に点を付けてください。

自費診療 (33,000円/年)

保険診療 (2,100円/年)

## <凍結精子の廃棄を希望する場合>

廃棄の申し出があった場合、ご本人死去の場合には、凍結精子を廃棄します。

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

精子凍結日	平成・令和	年	月	日
申請年月日	令和	年	月	日
住所	〒			
電話番号	:			
本人 氏名(自署)	:			(印)
配偶者 氏名(自署)	:			(印)

# 記入例

## 凍結精子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

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精子がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結精子について手続きいたします。

### <凍結精子の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結精子の保存は、1年毎に保存期間延長手続きをおこなうものとします。
- ・凍結精子の保存期間延長にかかる凍結精子保存管理料は、保険診療(2,100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☑点をつけ、  
なお、保険診療で凍結精子の保存期間延長の手続きをされる  
あります。また、保存期間延長の手続きは、凍結精子保存期

精子凍結を自費診療でおこなった方が、保存期間延長をされる際に使用する箇所です。

保存延長を希望される場合は、こちらに☑をつけてください。

#### ◇自費診療で精子凍結をおこなった方

自費診療 (33,000円/年)

#### ◇保険診療で精子凍結をおこなった方

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。
  - ・凍結精子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。

凍結精子保存期限日より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、凍結精子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)

保険診療と自費診療のいずれか該当する方に☑点をつけてください。

自費診療 (33,000円/年)

保険診療 (2,100円/年)

### <凍結精子の廃棄を希望する場合>

廃棄の申し出があった場合、ご本人死去の場合には、凍結精子を廃棄します。  
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。

凍結精子の廃棄を希望される方は「廃棄」に☑をつけてください。

廃棄

1	精子凍結日	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:				
	本人 氏名(自署):			(印)	
	配偶者 氏名(自署):			(印)	

精子凍結を保険診療でおこなった方が、保存期間延長をされる際に使用する箇所です。

1 凍結精子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、凍結精子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日)を記入してください。

2 「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。

1 精子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精子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。氏名の欄はご本人と配偶者(独身の場合は本人欄のみ)それぞれ自署にて記入し、印鑑を押してください。