

【受精卵凍結保存延長・破棄申込書(保険)】

ID: _____ 様

凍結保存期間	年	月	日
--------	---	---	---

凍結保存延長希望 ・ 破棄希望のどちらか一方にチェックをいれて下さい。

凍結保存延長希望

凍結保存されている受精卵について1年間の保存延長を申し込みます。

* 受精卵の保存期間は日本産科婦人科学会の会告により、夫婦の婚姻の継続期間であり、かつ母体の生殖年齢を超えないことになっています。

* 凍結期間中の事故や災害による損失については当院では保障致しかねます。

どちらかを○で囲んでください。

保険適用で更新希望 ・ 自費(44,000円)で更新希望

破棄希望

凍結保存されている受精卵すべての破棄を申し込みます。

また、その受精卵について、

不妊治療の発展を目的とした研究に使用した後、破棄することに同意します。

破棄することに同意します。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____

TEL _____

夫氏名(自署) _____ 印

妻氏名(自署) _____ 印

【受精卵の凍結延長を希望される方へ】

受精卵凍結の保存期間は1年間です。

保存期間は更新手続きを行うと1年毎に延長することができます。

* 保険適用での更新を希望される場合、保険に関する書類(高度生殖医療治療計画書)の作成とお支払いの2回ご来院していただく必要があります。

(印鑑をご持参の上、ご夫婦で来院される場合は、1回の来院で更新が可能です。)

* 自費での更新も可能です。(物価高騰のため、2023年7月お支払い分より料金改定となりました。)

1年間の保存延長料として、個数に関わらず

保険適用の場合 10,500円

自費の場合 44,000円 をお支払いください。

お支払いはクリニックでの現金払いとさせていただきます。

お知らせハガキ・申込書をお持ちの上、クリニックへお越しください。

* 保険適用での更新を希望される場合、**電話予約**の上、必ず**保険証**をお持ちください。確認が取れない場合は、自費になります。

* 自費の場合、来院が難しい方は現金書留でも構いません。

現金書留の場合、受精卵凍結保存延長申込書を現金書留の封筒内に同封することが可能です。

ご不明な点がございましたら、受付までご連絡ください。

【受精卵の破棄を希望される方へ】

受精卵凍結延長・破棄申込書に必要事項を記入の上、必ず当院へ郵送して下さい。

お手数ですが封筒をご用意いただき110円切手をお貼りください。

〒157-0004

東京都世田谷区太子堂 1-12-34-2F

三軒茶屋ウィメンズクリニック

TEL : 03-5779-7155