

凍結胚保存継続 同意書

彦名レディースライフクリニック 院長 井庭信幸 殿

担当 井庭裕美子 殿

彦名レディースライフクリニックで保存している凍結胚の保存継続を希望します。

住所：

連絡先電話番号：

夫 ID 夫署名（直筆）

妻 ID 妻署名（直筆）

同意日：西暦 年 月 日

枠内すべてご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

* 注意事項

保険診療で凍結保存を行なった胚は、保存継続の手続きを保険で行うことができます。

この場合、以下のことに注意が必要です。

- * 凍結保存の手続きは、受診をしていただき、保存継続の意思を確認させていただいた上で、本書のご提出と更新費用のお支払いにより完了となります。
- * 更新手続きは、胚凍結保存の開始日より1年経過した時点で必要になります。
- * 更新手続きの受付期間は、凍結保存期限日の1ヶ月後までとします。
- * 初回治療周期の凍結胚を融解により全て使用した場合、更新手続きは2回目治療周期にて凍結保存を開始した時点で必要になります。
- * 保存継続手続きは、1年以内に治療を再開する場合保険診療での手続きが可能です。一年を超える場合は私費診療（更新費用 22,000 円）となります。
- * 他院にも凍結保存胚がある場合、保険診療での手続きができない可能性がありますので、必ずお知らせください。