

胚 凍結保存継続 依頼書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義

希望する項目の□にチェックを忘れずにご記入ください。

- 私たちは、貴院に保管している下記の胚の凍結保存の継続を希望します。
- 私たちは、貴院に保管している下記の胚の凍結保存の継続をせず、廃棄を希望します。

基点日：西暦 年 月 日

患者：ID _____

署名 _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

配偶者または内縁者：ID _____ (患者との続柄： _____)

署名 _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

振込日：西暦 年 月 日 ※お振込みの方のみご記入下さい。

必ずご本人が直筆でご署名をお願い致します。ご本人以外の方が署名された場合、当院は一切責任を負いません。

- 凍結保存継続の手続きは本書のご提出と翌年分の凍結更新費用のお支払いにより完了となります。

保険適応の方：治療継続中で43歳の誕生日を迎える前までに移植が実施できる方。
妊娠やがん等により治療を中断しているが更新の時点で次の治療計画が立てられる方。

- 胚凍結更新費用；保険の場合、10,500円 自費の場合55,000円(税込)

(凍結保存期限満了日から1年間:1年以内に融解・使用・廃棄した場合、返金はありません。)

- 手続き方法

保険の方：当院窓口にて依頼書のご提出とご夫婦の保険証の提示、費用のお支払いをお願いいたします。

自費の方：当院窓口または郵送にて依頼書をご提出ください。費用のお支払いは当院窓口または銀行振り込みのいずれかで承ります。

- 凍結保存継続をご希望の場合には、凍結保存期限満了日までに更新の手続きが必要です。更新の手続きがない場合には、凍結保存物の所有権を放棄されたものとみなし、廃棄いたしますのでご注意ください。

- 下記の場合は患者さまの意思に関わらず、凍結保存物が廃棄されます。

ご夫婦いずれかが行方不明または死亡した場合・生殖年齢を超えた場合・凍結保存継続の更新手続きがされなかった場合・天災や災害などの不可抗力的な要因により凍結保存物に損傷や紛失が生じた場合

振込先 みずほ銀行 中目黒支店 店番号 132

普通預金 口座番号 1789435

医療法人社団 晴晃会

※お名前の前に「診察券番号」、お名前の後に「採卵日」を西暦で入力してください。