

胚 凍結保存継続説明同意書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義 殿

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。

凍結日：西暦 年 月 日

同意日：西暦 年 月 日

患者：診察券番号

自筆署名

住所：〒

パートナー：診察券番号

自筆署名

住所：〒

振込日：西暦 年 月 日 ※お振込の方は必ずご記入下さい。

ご本人様以外が署名された場合、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継続費用のお支払いにて完了とさせていただきます。

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回の治療計画が立てられる方。

- 胚凍結継続費用；**保険の場合、10,500円 自費の場合55,000円(税込)**

凍結個数に関係なく1年間の費用となります。

(更新されてから1年以内に融解・使用・廃棄した場合、返金されませんのでご了承ください。)

- 手続き方法

保険：当院窓口にて本書のご提出と本人・パートナーの保険証の提示、費用のお支払い。

自費：本書のご提出は、郵送または当院窓口にてご持参ください。

お支払いは、当院指定口座へのお振込み（下記の口座）または当院窓口でお願いいたします。

お振込みされた場合は、振込み日から1週間以内に本書の郵送をお願いいたします。

- 凍結保存継続をご希望される場合、凍結保存期限満了日までにお手続きが必要となります。

廃棄を希望される場合は、廃棄同意書のご提出が必要となります。

- 下記の場合は患者様の意思に関わらず、凍結保存された胚を廃棄させていただきます。

行方不明または死亡した場合、生殖年齢を超えた場合、天災や災害などの不可抗力的な要因により凍結保存された胚に損傷や紛失が生じた場合、凍結保存継続のお手続きがない場合

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

※お振込みの際には「診察券番号」・「お名前」の入力もお願いいたします。