

凍結保存延長同意書〔胚・卵子〕

当院提出用

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

〔 胚 ・ 卵子 〕について保存延長することを希望します。

※検体の種類のいずれかに○印をしてください。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

- 1) 融解した検体の状態によっては使用できないことがあること。
- 2) 保存期間中に費用や期間に変更があった場合は、保存期間の更新手続き時から適用されること。
※当院ホームページをご参照ください。
- 3) 保存責任について。
※外的要因で保存継続が不可能な場合、賠償責任などは負えませんのでご了承ください。
- 4) 保存期間内に同意書の提出と費用の支払いを行うこと。
- 5) 「保存期間内に所定の手続きを行わない場合」「ご本人の死亡の場合」「事実婚の解消、または離婚した場合」は当院の判断により凍結検体を処分させていただくことがあります。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 ____年 ____月 ____日 *下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒 _____

電話番号： _____

ご 本 人 氏 名 (自 署) : _____ 診察券番号 (_____)

パートナー氏名(自署): _____ 診察券番号 (_____)

*ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）： _____ (本人との続柄： _____)

親権者または代理人の住 所：〒 _____

親権者または代理人の電話番号： _____

凍結保存延長同意書〔胚・卵子〕

患者様控え

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

〔 胚 ・ 卵子 〕について保存延長することを希望します。

※検体の種類のいずれかに○印をしてください。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

- 1) 融解した検体の状態によっては使用できないことがあること。
- 2) 保存期間中に費用や期間に変更があった場合は、保存期間の更新手続き時から適用されること。
※当院ホームページをご参照ください。
- 3) 保存責任について。
※外的要因で保存継続が不可能な場合、賠償責任などは負えませんのでご了承ください。
- 4) 保存期間内に同意書の提出と費用の支払いを行うこと。
- 5) 「保存期間内に所定の手続きを行わない場合」「ご本人の死亡の場合」「事実婚の解消、または離婚した場合」は当院の判断により凍結検体を処分させていただくことがあります。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 年 月 日 *下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒

電話番号：

ご本人氏名(自署)： 診察券番号()

パートナー氏名(自署)： 診察券番号()

*ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）： (本人との続柄：)

親権者または代理人の住 所：〒

親権者または代理人の電話番号：

保存延長手続きのご案内

1) 同意書の記入・提出

記入見本

凍結保存延長同意書〔胚・卵子〕

胚凍結報告書／凍結卵子報告書を
ご覧のうえご記入ください

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 2022 年 4 月 10 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

〔胚・卵子〕について保存延長することを希望します。

※胚体の種類 whichever に○印をしてください。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

- 1) 融解した検体の状態によっては使用できないことがあること。
- 2) 保存期間中に費用や期間に変更があった場合は、保存期間の更新手続き時から適用されること。
※当院ホームページをご参照ください。
- 3) 保存責任について。
※外的要因で保存継続が不可能な場合、賠償責任などは負えませんのでご了承ください。
- 4) 保存期間内に同意書の提出と費用の支払いを行うこと。

凍結日から保存期間終了日以前の日にち

同意年月日： 2023年3月30日

*下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒260-0000 千葉市中央区～

電話番号：043-243-8024

ご本人氏名(自署)：高橋 花子 診察券番号(12345)

パートナー氏名(自署)：高橋 太郎 診察券番号(12346)

*ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名(自署)：高橋 次郎 (本人との続柄： 父)

親権者または代理人の住 所：〒260-0000 千葉市中央区～

親権者または代理人の電話番号：090-0000-0000

・ご本人様が
必ずご署名ください
・診察券番号も
ご記入ください。

病気治療目的の方、未成年の方、未婚の方の卵子凍結の場合は、
代理人の方も必ずご記入ください。

不妊治療目的の卵子凍結の場合は、代理人ご記入は不要です。

●保険適用で胚を延長される方は、**当院提出用**と**患者様控え**を両方お持ちください。

●自費で胚・卵子を延長される方は、**当院提出用**と**銀行振込明細票**をご郵送ください。

2) 費用のお支払い

保存延長料金（1年間）

胚（保険）	10,500 円
胚・卵子（自費）	38,500 円（税込）

●**保険適用での手続きの方は、診察したうえでお支払いいただきます。**

（保険適用での延長には4つの条件ありますのでホームページをご確認ください）

●**自費での手続きの方は、振込明細票のコピーを同意書と共にお送りください。**

<振込先> 銀行名・口座番号 千葉銀行 中央支店 001 普通口座 4484036
口座名義 医療法人社団 緑萌会 理事長 高橋 敬一
リョウホウジ シヤダシ リョクホウカイ リジ チョウ タカハシイイチ

<お願い>

- ① 振込依頼人名の前に**診察券番号を必ずご入力**ください。【例】「12345 タカハシハナコ」
- ② 振込み手数料は、患者様にご負担いただいております。
- ③ お振込み料金に過不足があった場合や追加入金や返金が生じた際の手数料は、患者様にご負担いただきますので、振込前に金額をよくご確認ください。
- ④ ネットバンキングで振込まれ、振込明細票のコピーの添付が出来ない場合、「**振込依頼人名、振込金額**」がわかるものを同封ください。（スクリーンショット可）
- ⑤ 振込明細票を領収書がわりとさせていただきますが、領収書の発行をご希望の場合は、**住所・氏名を記入し、切手を貼った封筒を同封**ください。