

凍結胚の保管延長申請書

神戸元町夢クリニック 院長 河内谷 敏 殿

われわれは、貴院にて現在凍結保管されているわれわれ夫婦の以下の卵子・胚の凍結保管延長を希望いたします。

<患者様記入欄> **※自筆欄は、必ずご夫婦それぞれが直筆でご記入ください。**

保管期間	(西暦) 年 月 日 までのすべての凍結胚の保管延長を申込みいたします。		
依頼日	(西暦) 年 月 日 現時点のわれわれ夫婦の婚姻関係は、胚凍結時点と変更はありません。		
診察券番号 (妻)			
氏名 (妻)	(自筆) _____ 印	氏名 (夫)	(自筆) _____ 印
生年月日 (妻)	(西暦) 年 月 日	生年月日 (夫)	(西暦) 年 月 日
住所 (妻)	(〒 -) _____	住所 (夫)	(〒 -) _____
電話番号 (妻)	日中ご連絡がつく電話番号に○をつけて下記にご記入ください。 ----- (自宅・ 妻携帯) _____	電話番号 (夫)	日中ご連絡がつく電話番号に○をつけて下記にご記入ください。 ----- (自宅・ 夫携帯) _____

○延長後の保管期間は、現在の保管期間終了日の翌日からとなります。

○月割り・日割りでの精算は行っておりません。

○治療の状況によって保険診療または自由診療となり、費用が異なりますので、ご注意ください。

○治療計画を立てられている方でも、来院予定日に受診がない場合には、治療を中断されたとみなし、
自由診療でのご請求となりますので、来院予定日の受診が難しい場合には、事前に当院へご連絡ください。

○保険診療での治療継続に関わらず、保険での管理は3年間までと限られております。

保険での管理期間限度を超えた方の凍結保管料は自由診療でのご請求となります。

○自由診療及び保険診療それぞれのご請求ならびにお支払い方法につきましては、下記の通りになります。

自由診療でのご請求の場合

- ・胚凍結保管料は1年間33,000円(税込)となります。
- ・保管延長開始後、ご登録の住所へ請求書を郵送させていただきます。
- ・保管料を当院指定期限内にお支払いいただくことで、保管延長手続きが完了となります。

保険診療でのご請求の場合

- ・胚凍結保存維持管理料は1年間10,500円(窓口ご負担額)となります。
- ・保管延長開始後、来院時窓口にて精算させていただきます。
- ・胚凍結保存維持管理料をお支払いいただくことで保管延長手続きが完了となります。

○本書類を提出後、やむを得ず延長希望を取りやめたい場合は、胚の保管期間内に、先ず当院に電話にてご連絡ください。
新たに『凍結胚の廃棄申請書/治療に用いない卵子・胚の医学研究や教育への活用に関する同意書』を胚の保管期間内に、
提出していただく必要があります。

クリニック記入欄

書類提出日	書類確認担当	内容確認担当	確認医師	担当培養士	事務処理担当