

凍結受精卵（胚）の保存延長同意書

JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院に預けている凍結受精卵（胚）の
保存延長を 20 年 月 日（保存満了日）まで希望します。
(必ず保存満了日を過ぎてから1か月以内の間に延長の手続きを行ってください)

JA 長野厚生連 南長野医療センター
篠ノ井総合病院 不妊治療センター
西村 良平 殿

提出日 20 年 月 日

- ※ 住所、氏名、診察券番号と生年月日の記入をお願いします。
※ 署名は、ご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。

住所 _____

氏名（夫・パートナー） _____

氏名（本人） _____（診察券の番号）（ _____ - _____ - _____ ）
（生年月日）（ S・H 年 月 日 ）

<注意事項>

- 凍結保存延長の手続きは、書類（本書）のご提出と、胚凍結保存維持管理料のお支払いにより完了になります。
- 胚凍結保存維持管理料金は保険診療で治療した方が延長する場合は保険適用で、それ以外の方は保険適用外となります。
- 保険適用外の方の胚凍結保存維持管理料金は38,500円（税込み）/年となります。
- 期限内に手続きが完了しない場合は廃棄いたします。（当院から患者さんへの連絡は致しません）。**
- 1年以内に保存したすべての胚を使用・廃棄した場合にも返金はありません。
- 凍結保存期間中においても、離婚した場合、夫婦の一方が死亡または行方不明になった場合、女性の生殖年齢を超えた場合は、保存を終了させていただきます。

症例番号： _____ 採卵日： _____
処理日： _____ 凍結開始日： _____
患者名： _____（ID： _____）

電子カルテ、 凍結胚（台帳）、 凍結胚（パソコン）