

## 自費・保険共通

# 凍結受精卵(胚)保存期間 更新同意書

新百合ヶ丘総合病院病院長殿

私達夫婦は、現在貴院にて保存中である凍結受精卵(胚)の保存期限を迎えたため、以下の注意事項を理解したうえで、凍結受精卵(胚)の保存期間延長を希望いたします。

### 注意事項

1. 自費・保険に関わらず、凍結胚の初年度保存期限は「凍結保存日から1年後の同月同日」です。胚移植日が保存期限を1日でも過ぎる場合は更新手続きが必要です。
2. 保険・自費に関わらず、当院での最大保存期間は凍結日から原則5年間（凍結日から5年後の同月同日）です。胚凍結保存維持管理料（以下、更新料）を満額支払った場合でも、最大保存期間を過ぎた胚は原則自動的に破棄処分となります。
3. 次の条件のいずれか一つでも満たさない方は、自費での更新となります。
  - ① 不妊治療を継続していること（不妊治療計画書を作成できる方）
  - ② 保険適用の年齢制限内（43歳未満）の方
  - ③ 保険適用の回数制限を超えていないこと
  - ④ 更新期間内【保存期限日を過ぎてから1ヵ月以内】に手続きすること
4. 保険診療で複数周期の凍結胚を保有する場合は、凍結胚保存期限がすべて統一され、一回の手続きで全ての胚を更新できます。（凍結胚が残っている状態で新規採卵を行うことは原則認められていません）
5. 保険適用による更新料は10500円／年（税抜）で、1年に1回限りです。
6. 自費による更新料は3000円／月（税抜）で、対象となる月数分をまとめてご請求となります。
7. 郵送や振り込みの対応はしていません。ご夫婦の署名捺印がされた本同意書を持参したうえで外来にお越しください。

同意年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご住所 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

夫 I D \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ [印]

妻 I D \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ [印]

\*\*\*病院記入欄\*\*\*

今回の更新手続きで延長された保存期間は以下の通りです。

|    |   |   |   |   |   |   |   |          |
|----|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 自費 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | _____ヵ月  |
| 保険 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | _____1年間 |