

胚凍結保存 更新申請書

IVF クリニックひろしま
院長 滝口 修司 殿

私は「IVF クリニックひろしま」に凍結保存している、下記の胚の凍結保存期間を一年間延長することを希望し、更新申請いたします。

《凍結保存更新対象》

(患者様記入欄)

採卵日 20 年 月 日に生じた凍結胚

保存期間は、更新に関する料金の支払い日から1年間です。その後は『説明書：胚・卵子凍結保存』および『凍結胚・卵子の凍結保存期間更新・破棄手続きについての当院の規定』に従います。

(当院記入欄)

区分 (保険 ・ 自費)

(当院記入欄)

更新に関する料金 支払日 20 年 月 日

(当院記入欄)

次回更新手続き可能期間 20 年 月中

(以下患者様記入欄) 同意日 20 年 月 日

住所 〒

妻 署名 _____ ID: _____

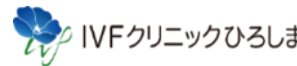
夫 署名 _____ ID: _____

※必ずご本人が直筆で署名してください。

ご本人以外が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。

ご記入事項を訂正される場合は、必ず訂正印を押してください。



(当院記入欄) 保険更新の場合の確認事項

更新時の年齢 _____ 歳、保険移植回数 _____ 回 (43歳未満、保険移植回数40歳未満6回未満、40歳以上43歳未満3回まで保険適用可)

保存を継続する初期胚 _____ 個 凍結開始日: 20 年 月 日 / 胚盤胞 _____ 個 凍結開始日: 20 年 月 日

(受付) 患者様控えのお渡し (ラボ) 同時更新検体の有無確認、 保険更新回数上限確認、凍結管理料支払い後2回まで。() 回目