

生殖補助医療：保険診療申込書

私たちは、生殖補助医療を保険診療で受けるにあたり、以下の項目について担当医師より口頭で十分に説明を受け、同意した上で保険適用での生殖補助医療に申し込みをいたします。

- ① 採卵までの排卵誘発について（通院回数や仕事との両立について）
- ② 採卵に伴う副作用（腹痛、OHSS、出血など）について
- ③ 受精方法について（培養の先進医療について）
- ④ 胚移植について（凍結したすべての胚は妊娠成立まで使用予定であること）
- ⑤ 今回すべての胚を凍結保存した場合、できるだけ速やかに移植を行う予定であること

担当医師記入欄

今回、生殖補助医療を行う理由

- 機能性不妊
 卵管因子
 男性因子
 一般不妊治療不成功のため

説明担当医師： _____

杉山産婦人科 院長

いずれかにチェックをしてください。

- 私たちは法的な婚姻関係です。
 私たちは事実婚です。（同一世帯、配偶者なし、治療により出生した児を認知する誓約）
同一世帯ではない場合は、その理由を具体的にご記入ください。

いずれでもありません。→ 保険診療はできません。

保険診療にて胚移植術を行った回数： _____ 回

上記が虚偽申告であった場合には、後日所定の自費治療費の請求を受け、全額支払いすることを誓約します。

西暦 年 月 日

患者氏名（自署） (ID : _____)

配偶者または事実婚者氏名（自署） _____

- ※ ご夫婦（またはカップル）おふたりの保険証をお持ちでない場合は保険診療を受けることができません。
※ 本申込書は、次回診察時に必ず提出してください。採卵までに提出がない場合は保険診療を行うことができません。
ご注意ください。