

## 受精卵の凍結保存についての同意書【振込み手続き専用用紙】

後藤レディースクリニック 院長  
後藤 栄 殿

このたび私たち夫婦は、受精卵の凍結保存に関して、その内容を十分に理解し、下記の付帯条項につきましても十分理解し納得しましたので、受精卵を凍結保存することを希望致します。

(1)凍結保存期間は凍結日から1年間です。その後は1年ごとに更新手続きが必要となり、原則最長5年間お預かりします。他院から移送した場合は、他院にて胚を凍結した日を基準として5年間お預かりします。再凍結した胚は、最初に凍結した日から5年間となります。

(6年以上の保管を希望される場合は費用加算があり、かつ医師の面談があります。)

- ◆凍結保存の更新を希望される場合には、凍結保存期間内に更新手続きと、1年間の保管費用のお支払いが必要です。
- ◆凍結保存の更新を希望しない場合には、凍結保存期間内に保存中止の手続きが必要となります。

**\*凍結保存期間終了までに保管費用をお支払いいただけない場合には、凍結保存更新の希望が無いものとして保存を中止し、受精卵は当院にて廃棄いたします。**  
**\*当院からは保存期限切れおよび保存中止に関するご連絡は一切行いませんのでご了承をお願いします。**

(2)凍結保存期間内に御夫婦のどちらか片方が死亡、御夫婦ともに死亡、行方不明になった場合、御夫婦が離婚した場合、妻が生殖年齢を超えた場合には、凍結保存された受精卵は、凍結保存の継続を中止し当院にて廃棄いたします。

(3)凍結保存期間内に天災や火災などの不慮の事態で、受精卵を損壊もしくは喪失した場合、当院は一切の責を負うことができませんので御了承をお願いします。

(4)当院側の理由により、当院での受精卵の凍結保存継続が不可能になった場合には、他施設に凍結受精卵の移送を行う場合があります。

太枠内の記入をお願いします。			
凍結日 (*必ずご記入下さい)	種類	費用(税込)	更新手続き後の保存期限
西暦 20__年__月__日	採卵後__日目の胚(__個)	33,000 円	→ 20__年__月__日まで
西暦 20__年__月__日	採卵後__日目の胚(__個)	33,000 円	→ 20__年__月__日まで
西暦 20__年__月__日	採卵後__日目の胚(__個)	33,000 円	→ 20__年__月__日まで
=振込金額 (税込) : 33,000 円/1 年間保管料×__日分=_____ 円			*凍結日から6年以上の保管を希望される場合は、来院にて手続きをお願いします。

(\*この枠内は全て必ずご記入下さい)

【ご署名日】西暦 20\_\_年\_\_月\_\_日

【ご署名】妻氏名(自署) \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

夫氏名(自署) \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

【電話番号】日中につながる番号の記入をお願いします。 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【現住所】更新手続きのための書類を郵送します。海外への郵送は致しかねます。

〒 \_\_\_\_\_

【旧住所】現住所がクリニックに登録している住所と違う場合はご記入ください。

〒 \_\_\_\_\_

### クリニック記入欄

保管費用の振込を確認いたしました。  
上記期限日までの保存継続手続きをいたします。

確認：

\*左記記入欄に一部記入漏れや不備が生じた場合であっても、保存更新の意向が確認できる場合は手続きを進めさせていただく場合がありますことを御了承下さい。