不妊治療保険適用における同意書

医療法人 G&O メディカルヴィレッジ
G&O レディスクリニック　院長殿

私たちは不妊治療を実施するにあたり、厚生労働省の定める以下の規定について相違ないことを確認し、治療を保険適用にて行うことに同意します。

なお、治療費の保険適用金額を貴院に支払った場合においても、報告に誤りがあり貴院が保険組合に保険請求できない場合や、保険組合が保険適応外と判断した場合には、後日全額自費にて支払うことに同意します。

① 婚姻関係等について

規定　・当該患者及びそのパートナーが重婚でない（両者がそれぞれ他人と法律婚でない）こと。
・当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。
・当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行うこと。

該当にチェック　：　□ 入籍している　　□ 入籍していない

未入籍の理由〈　・事実婚　・入籍予定：　年　月　日　・その他（　　）〉

※未入籍の場合は、重婚でない証明として男女ともに戸籍謄本を提出していただきます。

② 生殖補助医療における胚移植術の施行回数について（タイミング法から開始する方もご記入ください）

規定　治療開始時点の女性の年齢が、40 歳未満の場合は子ども 1 人につき最大 6 回まで
40 歳以上 43 歳未満の場合は最大 3 回まで保険適用。

私たち夫婦が体外受精保険適用施行日（令和 4 年 4 月 1 日）以降に

保険適応にて行った胚移植術の回数は＿＿＿＿＿回です。

新鮮胚移植 および 凍結融解胚移植の合計回数です。
体外受精を行ったことがない場合や、保険適応後に初めて実施する場合は 0 回と記入してください。
第一子妊娠の際に実施した回数はリセットされるので、その場合も 0 回です。（妊娠 12 週以降での死産はリセット適応ですが、妊娠 12 週未満での流産はリセットされませんので注意してください）
他院にて保険適用で移植を行った回数も必ず記入してください。

年　　月　　日

患　者：妻　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿

患　者：夫　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿