

# 凍結胚(受精卵) 延長保存・廃棄同意書

メディカルパークベイフロント横浜院長 殿

私は以下の事項において同意のもと、凍結保存胚について手続き致します。

- 凍結胚の保存期間は下記になります。  
※ 自費での期間は、女性が生殖年齢を超えない限りとし、特に期間は定めません。
- 凍結の管理料については凍結を行った日より1年後から発生致します。  
※ 自費で凍結してある胚を保険に切り替えた場合は、該当日から1年後に発生致します。
- 凍結の管理料は保険:10,500円、自費:38,000円となります。
- 原則、1年以上の未納となった場合は胚を破棄させていただきますのでご了承ください。
- 原則、1年以上の治療再開の意思確認のもと保険で管理を行うため、再開がない場合は翌年分の保管料は自費となります。
- 住所、連絡先などを変更されたときにはお知らせください。
- 凍結胚の持ち出しは安全管理の面からお断りしております。

凍結年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 周期分について

- 凍結延長希望(保険)  
 凍結延長希望(自費)

凍結保存されている凍結胚について1年間の凍結延長に同意します。

～凍結管理料金お支払い完了日～

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ※必ずご記入下さい。

- 廃棄希望

凍結保存されている凍結胚の廃棄に同意します。

\* またその際、廃棄となる凍結胚を不妊治療の発展を目的とした研究用・培養士の技術向上のために使用する場合がございます。

\* 一度廃棄希望された胚の撤回は受けかねますのでご注意ください。

( 〒 \_\_\_\_\_ ) 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所

連絡先

夫氏名(自署) (診察券番号: \_\_\_\_\_)

妻氏名(自署) (診察券番号: \_\_\_\_\_)

スタッフ使用欄

凍結No. \_\_\_\_\_ /



MEDICAL PARK BAY FRONT YOKOHAMA  
メディカルパークベイフロント横浜