

保険適用 凍結保存胚の凍結期限延長・廃棄申請について

凍結胚の凍結保存期限は胚凍結保存維持管理料算定日（凍結してある胚の更新）または胚凍結保存管理料算定日（胚凍結保存を開始した日）から起算して1年間となっています。凍結保存期限を越えて凍結保存延長を希望される場合は1年ごとに更新手続きが必要です。凍結保存期限2か月前から期限日までに、必ず手続きに関する相談（電話または受診時）を行ってください。なお、凍結保存期限日において保険適用で融解胚移植治療を行っている方は、保険適用での手続きとなります。ただし、妊娠やその他の理由によって不妊症に係る治療が中断されたあとも胚凍結保存の継続を希望される方は、凍結保存期限日から凍結保存延長費用（33,000円）を自費負担していただきます。

凍結期限延長を希望される場合

「凍結胚保存期限延長申請書兼未申請時廃棄同意書」(A)にご夫婦で署名のうえクリニックに提出し、費用をお支払いください。治療の状況によって保険診療または自費診療となり、費用や手続きが異なりますので事前に必ずお電話または受診時にご確認ください。

自費負担の方 (当院の治療を中断している方)	保険適用の方（移植にむけて治療開始しているが、移植前に期限が過ぎてしまう方）
凍結保存延長費用 凍結胚保存延長（1年） <u>33,000円（税込み）</u>	凍結保存延長費用 胚凍結保存維持管理料（1年）3,500点 (窓口ご負担額 <u>10,500円</u>)
手続方法 (①または②のいずれか・凍結期限日まで) ① クリニックに来院し手続き 凍結胚保存期限延長申請書兼未申請時廃棄同意書 (A) と費用 33,000円をお持ちください ② 書類郵送と費用振込し手続き 凍結胚保存期限延長申請書兼未申請時廃棄同意書 (A) を郵送し同時に、費用 33,000円を下記指定口座に振り込んでください。 富山第一銀行五福支店 普通預金 No.103212 小嶋ウィメンズクリニック 小嶋康夫 ※振込み手数料は各自ご負担下さい※	手続方法 (凍結期限日以降、指定する期日まで) <u>クリニックへの受診が必要</u> 事前にご予約を取ってからお越しください ご予約がない場合は、手続きお受けできませんのでご注意ください。以下の(1)～(3)を全てお持ちください。 (1) 凍結胚保存期限延長申請書兼未申請時廃棄同意書 (A) (2) 費用 10,500円 (3) マイナ保険証(忘れた時は一旦全額負担)

廃棄を希望される場合

「凍結胚廃棄申請書」(B)にご夫婦で署名のうえクリニックに郵送またはご持参ください。折り返し廃棄受理書を郵送（または直接お渡し）いたします。

クリニックからは、凍結保存期限のお知らせや期限が切れた際の意味確認の連絡はいたしません。

うっかり手続きをお忘れになった場合は、凍結保存期限延長の意志がないと判断して廃棄処分します。なにとぞご了承ください。凍結保存期限は、携帯電話やカレンダーにメモされるなど、決してお忘れにならないようご注意ください。手続きに関するご相談は保存期限の2か月前から可能です。

融解を行う日が凍結期限日を1日でも過ぎる場合は1年分の延長費用が発生します。

*連絡先が変更になった場合、万が一離婚あるいはご夫婦のうちどちらか一方が死亡された場合、ご夫婦のどちらか片方でも治療を希望されなくなった場合はすみやかにご連絡ください。

*いったんお支払いいただいた費用については返金できかねます。ご了承ください。

*ご不明な点があればクリニックの診療時間内にご連絡ください。

小嶋ウィメンズクリニック 院長 小嶋康夫

保険凍結胚期限 240601-1

凍結胚保存期限延長申請書兼未申請時廃棄同意書 (A)

小嶋ウイメンズクリニック 院長殿

- 私たちは、以下の注意事項を確認のうえ、凍結保存されている胚の凍結保存期限の延長を凍結保存延長費用を添えて申請いたします。
- 私たちは、今回申請した新しい凍結保存期限までに次回の手続きに関する相談をし、その後所定の手続きを行います。
- 次回の手続きが、保険適用である場合と自費負担である場合があることを理解しました。
- 所定の手続きをとらなかった場合は、凍結してある胚を廃棄することに同意します。

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

夫 (ID _____) _____ (本人自署) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

妻 (ID _____) _____ (本人自署) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

*ID が不明の場合は空欄で構いません。 *申請書にはご夫婦双方の署名が必要です。

*文書連絡が必要になった場合、上記住所にクリニック名で郵送してもよろしいですか? (はい いいえ)

いいえを選択された場合は、無地の封筒で差出人名「小嶋」のみ記入させていただきます。

★注意事項

- *凍結や融解のストレスによって胚に障害がおよぶことがあります。そのような場合でもお支払いになった費用の返却はできかねます。当院の凍結胚融解時の胚生存率は約 90-95%です。
- *不測の事態（地震・風水害などの天災、火災、テロや犯罪の被害、液体窒素の不足、凍結タンクの故障、その他）によりお預かりしている胚を遺失する可能性があります。不測の事態が発生した場合は、凍結までの治療費、凍結費用、延長費用などの返金はできません。ご了承ください。
- *閉院時にご希望があれば他院へ移送する手続きをとらせていただきますが、移送先の不妊治療施設はご自身で探しご自身の責任で移送をしていただくこととなります。移送後に起きたことに対しては一切の責任は負えません。他院に移送することができない場合や、院長の病気・死亡、その他の原因により突然閉院する場合は、凍結胚を廃棄せざるを得ません。閉院や上記のような不測の事態が発生した場合は、凍結までの治療費、凍結費用、延長費用などの返金はできません。ご了承ください。
- *融解を行う日が凍結期限日を1日でも過ぎる場合は1年分の保管料が発生します。
- *連絡先が変更になった場合、万が一離婚あるいはご夫婦のうちどちらか一方が死亡された場合、ご夫婦のどちらか片方でも治療を希望されなくなった場合はすみやかにご連絡ください。

振込みされる場合の振込み先

富山第一銀行五福支店 普通預金 No,103212

小嶋ウイメンズクリニック 小嶋康夫

※振込み手数料は各自ご負担下さい※

書類送付先に変更があれば、以下にご記入ください。

〒 () - () _____

TEL _____

凍結胚廃棄申請書 (B)

小嶋ウイメンズクリニック 院長殿

□私たちは、凍結保存されている胚の廃棄を申請いたします。

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

夫 (ID _____) (本人自署) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

妻 (ID _____) (本人自署) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

*ID は、お持ちでない場合や不明の場合は空欄で構いません。

*廃棄処分には、ご夫婦双方の署名が必要ですのでご注意ください。

*書類送付先に変更があれば、以下にご記入ください。

〒 (_____) - (_____)

Tel _____

* 文書連絡が必要になった場合、上記住所にクリニック名で郵送してもよろしいですか？

(はい いいえ)

※いいえを選択された場合は、無地の封筒で差出人名「小嶋」のみ記入させていただきます。※