

不妊治療保険化にあたり、厚生労働省より書類の提出を求められております。
以下の内容をご確認いただき、ご署名の上必ずご提出いただけますようお願いいたします。
提出がない場合は治療の実施はできませんのであらかじめご了承ください。

治療開始前の確認書

医療法人秀晃会
馬車道レディースクリニック 院長殿

私達は貴院において不妊治療を行うにあたり、下記事項を遵守することを誓約いたします。

私たちは、

- 法的婚姻関係にあります。
- 法的婚姻関係にありませんが、事実婚関係にあり、治療の結果で出生した子について認知を行う意向があります。

(どちらかに必ず✓を入れてください)

事実婚関係で同一世帯ではない場合には、その理由をご記入ください。

※同一世帯とは、住居・家系が同一であることを言います。

()

下記項目を確認後、□に✓を入れて、署名は各々自署（代筆不可）をお願いいたします。

- 私たち二人以外の人との婚姻関係はありません。
- 夫婦関係に変更のあった場合（離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻）には、速やかに貴院へ連絡いたします。
- 事実婚または婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係を認められないとクリニックが判断した場合は、不妊治療の継続や凍結保存中の胚や精子の破棄等の取り扱いについては貴院の方針に従います。
- 貴院での不妊治療で妊娠・出産した児については、法律上の制約に従い責任をもって対応します。
- 貴院での不妊治療において婚姻関係から生じる事態への責任は、貴院は負わないことを承諾します。
- 必要な書類がある場合には速やかに提出いたします。
- 申告している治療歴の回数に相違ありません。
(他院にて保険診療で治療を受けられている方はスタッフまでお申し付けください)

年 月 日

診察券番号：

患者氏名(自署)：

配偶者またはパートナー氏名(自署)：