



## 生殖補助医療：保険診療申込書

私たちは、生殖補助医療を保険診療で受けるにあたり、以下の項目について担当医師より口頭で十分に説明を受け、同意した上で保険適用での生殖補助医療に申し込みをいたします。

- ① 採卵までの排卵誘発について（通院回数や仕事との両立について）
- ② 採卵に伴う副作用（腹痛、OHSS、出血など）について
- ③ 受精方法について（培養の先進医療について）
- ④ 胚移植について（凍結したすべての胚は妊娠成立まで使用予定であること）
- ⑤ 今回すべての胚を凍結保存した場合、できるだけ速やかに移植を行う予定であること

### 担当医師記入欄

今回、生殖補助医療を行う理由

- 機能性不妊  
 卵管因子  
 男性因子  
 一般不妊治療不成功のため

説明担当医師： \_\_\_\_\_

### 杉山産婦人科 院長

いずれかにチェックをしてください。

- 私たちは法的な婚姻関係です。  
 私たちは事実婚です。（同一世帯、配偶者なし、治療により出生した児を認知する誓約）  
同一世帯ではない場合は、その理由を具体的にご記入ください。

いずれでもありません。→ 保険診療はできません。

保険診療にて胚移植術を行った回数： \_\_\_\_\_回

上記が虚偽申告であった場合には、後日所定の自費治療費の請求を受け、全額支払いすることを誓約します。

西暦 年 月 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_（ID： \_\_\_\_\_）

配偶者または事実婚者氏名（自署） \_\_\_\_\_

※ 本申込書は、次回診察時に必ず提出してください。採卵までに提出がない場合は保険診療を行うことができません。  
ご注意ください。