

## 保険での治療を行うにあたり

当クリニックでは、2022年4月より不妊治療が保険適用（年齢や回数の一定条件あり）となる事をうけ、患者様には、以下の書類の提出をお願いしております。ご確認の上ご提出をお願い致します。

### 【提出書類】

- 希望の不妊治療（保険・自費）に関する確認書
- 保険での不妊治療についての同意書
- 婚姻または事実婚の確認書

（婚姻されている方）

- 住民票（続柄・世帯全員記載のもの）もしくは戸籍謄本（抄本）

（※発行3ヶ月以内のものに限る）

（事実婚の方）

- 住民票（続柄・世帯全員記載のもの）+ 戸籍謄本（抄本）

（※発行3ヶ月以内のものに限る）

おち夢クリニック名古屋

院長 越知正憲

## 希望の不妊治療（保険・自費）に関する確認書

当クリニックでは、令和4年4月より不妊治療について健康保険の適用化（一定の条件あり）を受け、今後の治療について患者様の希望を確認させていただいております。

つきましては、以下の項目にチェックを入れ、ご提出お願い致します。

保険治療の範囲内で治療を希望します。  
（薬剤・検査・治療内容等に制限があります。）

医師と相談して決定したい。

自費治療での最善の治療を希望します

西暦                      年              月              日

（妻もしくは該当患者）

ID :

氏名 : (自署)

（夫もしくはパートナー）

ID :

氏名 : (自署)

おち夢クリニック名古屋

## 保険での不妊治療についての同意書

おち夢クリニック名古屋  
院長 越知正憲 殿

令和4年4月より不妊治療においては、健康保険が適用されることになりました。ただし、保険適用については、年齢や治療（移植）回数等の一定の条件があります。

つきましては、治療開始前に必ず、他施設での治療（移植）内容や回数をご報告していただきますようお願い致します。

また使用薬剤や検査回数など保険適用範囲が治療開始時に詳細が確定しておらず、保険（窓口3割負担）会計後に、保険適用が認められない事になった場合は、追加（7割負担）分を請求させていただく事もございますので、予めご了承ください。

.....

上記の説明を受け、ここに同意します。

私たちは、他施設で治療（胚移植）を\_\_\_\_\_回実施したことをここに報告させていただきます。後日申告した治療（胚移植）回数が間違えており、保険適用外となった際は、自費にてお支払いします。

西暦 年 月 日

(妻もしくは該当患者)

氏名：

ID：

(夫もしくはパートナー)

氏名：

ID：

## 婚姻または事実婚の確認書

おち夢クリニック名古屋  
院長 越知 正憲 殿

貴院で不妊治療を行うにあたり、婚姻または事実婚について、ここに報告させていただきます。(該当する項目にチェックをお願いします)

婚姻しています。

事実婚です。

**【事実婚の場合は以下にもチェックをお願いします】**

重婚ではありません。(両者がそれぞれ他人と法律婚ではない事)

両者は同一世帯です。

両者は不妊治療の結果、出生した子について認知をします。

西暦 年 月 日

(妻もしくは該当患者)

氏名：

ID：

(夫もしくはパートナー)

氏名：

ID：