

# 治療に関する申告書

今回不妊治療(生殖補助医療)の保険適用にあたり、厚生労働省より過去の不妊治療等の治療歴(出産、流産等の経過を含む)、保険診療/保険外診療の別、保険診療における生殖補助医療の実施回数、過去に治療を実施したほかの医療機関などについて確認を行うことを義務づけられることになりました。

つきましては、下記の申告をお願いいたします。ご申告がない場合には、原則自費診療となりますのでご了承ください。

みなとみらい夢クリニック  
院長 貝嶋 弘恒 殿

## 〈 保険診療での治療歴 〉

あり(下記ご記入ください) ・ なし

保険治療開始年月日： 年 月 日(開始時の年齢： 歳)

※移植回数にかかわる重要な日付になりますので、  
ご不明の場合には、お手数ですが治療開始した医療機関に直接ご確認をお願いいたします。  
※前回体外受精で妊娠し出産などされた場合は移植回数がリセットされるため、  
リセット後の保険治療開始日をご記入ください。ご不明な点はお問い合わせください。

保険での採卵回数： \_\_\_\_\_ 回 保険での移植回数： \_\_\_\_\_ 回

現在他院で保存している凍結胚：

あり(分割胚 \_\_\_\_\_ 個・胚盤胞 \_\_\_\_\_ 個)(保険・自費)

※該当するものに○をお願いします

なし

下記事項について了承しました。(ご了承いただいた場合は、□欄にチェックしてください)

- 必要に応じて、過去に治療されていた他の医療機関や保険者に照会させていただくことがあります。  
 万が一、本書の申告に誤りがあり、保険申請が不可能だった場合には、自費診療として治療費の全額を請求させていただきます。

申告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(妻) \_\_\_\_\_ (自署) (夫) \_\_\_\_\_ (自署)