

不妊治療の公的保険適用の導入に伴い医療機関では、患者様のこれまでの治療歴（主に保険診療における生殖補助医療の実施回数など）について把握することが求められています。つきましては下記の内容をご確認のうえ、申告をお願いします。

他院治療歴申告書（胚移植回数・保存凍結胚数）

- ❖ 他院での胚移植治療歴〔 なし ・ あり 〕「あり」の場合は下記の胚移植に関する治療歴の記入もお願いします
- ❖ 他院に保存中の凍結胚〔 なし ・ あり（ ____ 個）〕

〔胚移植に関する治療歴〕

（注）流産の場合は週数の記入もお願いします（12週未満を流産といいます）

胎嚢確認前の流産は、“妊娠せず”を選択してください

胚移植施行年月	施設名	費用負担	結果		
〔記入例〕 2022年3月	〇〇クリニック	保険・ <u>自費</u>	<u>妊娠せず</u>	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産

東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニック

院長 吉井 紀子 殿

私たちは、貴院において不妊治療を行うにあたり、以下の事項につき誓約いたします。

1. 本申告書の記載内容に虚偽がないこと
2. 故意的でなくとも申告内容に誤りがあった結果、保険請求が認められなかった場合には、別途差額を自己負担すること
3. 本申告書提出後に他院で体外受精治療を行った場合には、その治療歴を申告すること

西暦 年 月 日

妻 氏名（自署）

夫 氏名（自署）

不妊治療の公的保険適用の導入に伴い医療機関では、患者様のこれまでの治療歴（主に保険診療における生殖補助医療の実施回数など）について把握することが求められています。つきましては下記の内容をご確認のうえ、申告をお願いします。

他院治療歴申告書（胚移植回数・保存凍結胚数）

- ❖ 他院での胚移植治療歴〔 なし ・ あり 〕「あり」の場合は下記の胚移植に関する治療歴の記入もお願いします
- ❖ 他院に保存中の凍結胚〔 なし ・ あり（ ____ 個）〕

〔胚移植に関する治療歴〕

（注）流産の場合は週数の記入もお願いします（12週未満を流産といいます）
胎嚢確認前の流産は、“妊娠せず”を選択してください

胚移植施行年月	施設名	費用負担	結果		
〔記入例〕 2022年3月	〇〇クリニック	保険・ <u>自費</u>	<u>妊娠せず</u>	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産
		保険・自費	妊娠せず	流産（ 週）	出産

東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニック
院長 吉井 紀子 殿

私たちは、貴院において不妊治療を行うにあたり、以下の事項につき誓約いたします。

1. 本申告書の記載内容に虚偽がないこと
2. 故意的でなくとも申告内容に誤りがあった結果、保険請求が認められなかった場合には、別途差額を自己負担すること
3. 本申告書提出後に他院で体外受精治療を行った場合には、その治療歴を申告すること

西暦 年 月 日

妻 氏名（自署） _____

夫 氏名（自署） _____