

不妊治療保険化にあたり、不妊治療の条件の厳格化が厚生労働省より求められております。
このため以下の確認書に記入提出していただけますようお願い申し上げます。

不妊治療開始前の確認書

神奈川レディースクリニック 殿

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

＊ ☐に✓を入れて、署名は各々自署（代筆不可）をお願い致します。

私達は、

- ☐ 現在、法的婚姻関係にあります。
- ☐ 現在、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☒を付けて下さい。）

事実婚関係で同一世帯ではない場合には、その理由を下記へご記入下さい。

※同一世帯とは、住居・家計が同一であることを言います。

()

- ☐ 私達二人以外の他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し、必要な書類がある場合には提出いたします。
- ☐ 事実婚または法的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、二人で育児、養育など、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。

20 年 月 日

妻 署名 _____

夫 署名 _____