【凍結胚・凍結精子・凍結卵子保存の更新又は、破棄のご案内】

現在お預かりしている凍結(胚・精子・卵子)は、1年毎にご自身でお手続きが必要です。

・更新及び破棄、いずれの場合も**必ず保存期限が切れる前**にお手続き下さい。
(当院からの更新のお知らせはございませんので、患者様ご自身での管理をお願い致します)

・保存期間内にお手続きがない場合は、保存期間終了から3ヶ月で破棄のご意思と判断させて頂くとともに、管理終了月から破棄までの管理費用として保存期間延長代をご請求させて頂く場合がございます。
また期限内の手続きがなされなかった際の、胚等が破棄済みだった場合の異議申し立てについては一切受け付けておりませんので、ご了承ください。

・申込書及び同意書は当院ホームページより、ダウンロードができます。

・申込書及び同意書は凍結胚・凍結精子・凍結卵子より該当するものを印刷し、ご使用ください。

・凍結周期の異なるものについては凍結周期ごとでのお手続きが必要となりますので、ご注意ください。

◆更新お手続き方法

【ご来院】

必ず事前にお電話の上、「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の保存期限更新に関する申込書」(署名済)と更新料をご持参下さい。(受付時間 9:00～17:00)

【現金書留】

「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の保存期限更新に関する申込書」(署名済)と更新料を現金書留にて当院宛にご郵送下さい。

【銀行振込＋申込書郵送】

下記口座に更新料をお振込みいただいた後、別途必ず(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の「保存期限更新に関する申込書(署名済)」も当院宛にご郵送下さい。

三菱 UFJ 銀行 麻布支店
普通口座:0336021
医療法人社団 翔智会
理事長 山中 智哉

○更新費用(税込)
凍結胚更新料 (1年) ¥55,000
凍結精子更新料 (1年) ¥22,000
凍結卵子更新料 (1年) ¥55,000

◆破棄のお手続き方法

「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の破棄同意書」に
署名、凍結番号(9桁)を**必ず記入**し、当院宛にご郵送、もしくはご来院下さい。

※ご郵送の場合、手続き完了の連絡は差し上げておりませんので、領収書が必要な方は返信用封筒(切手貼付)をご同封お願いします。

※ご署名は、**必ずご夫婦それぞれご本人が直筆で**ご署名をお願い致します。

○郵送先

〒106-0045　東京都港区麻布十番1-5-18 カートブラン麻布十番3階・5階
麻布モンテアールレディースクリニック 受付宛

【更新期限等ご不明な点がございましたら、こちらまでお問い合わせ下さい】

TEL:03-6804-3208

※なお、本紙とお手続きに行き違いが生じた際は、何卒ご容赦ください。

胚および精子の凍結保管料改定に関するお知らせ

当院では、患者様からお預かりしている凍結胚及び凍結精子を、万全の体制にて安全に管理させていただいております。
しかしながら、世界情勢の影響による昨今の物価高騰や医療材料費の上昇、保管・管理に関わるコストの増加に伴い、誠に恐縮ではございますが、凍結保管料を下記の通りに改定することとなりました。

【料金改定】※同一周期内であれば、個数にかかわらず一律料金です。

・胚凍結保管料　(1 年間更新)
　改定前：¥33,000(税込)　⇒　改定後：¥55,000(税込)

・精子凍結保管料　(1 年間更新)
　改定前：¥11,000(税込)　⇒　改定後：¥22,000(税込)

【適用時期及び経過措置について】

今回の改定の対象となる方は、下記の患者様となります。

① 2026 年 8 月 1 日以降に胚凍結または精子凍結された患者様

② 現在、当院にて凍結胚または凍結精子を保管されている患者様

◆経過措置について
②に該当の患者様につきましては、患者様のご負担を考慮し、
2026 年 8 月～2027 年 7 月までの凍結保管料につきまして改定前の料金にて
ご案内させていただきます。
2027 年 8 月以降の更新手続き分より、すべての患者様において
改定後の料金を適用いたします。

本件に関してご不明な点などございましたら、受付までお気軽にお尋ねください。
引き続き安全な保存・管理体制を維持していくため、何卒ご理解賜りますようよろしくお願い申し上げます。

医療法人社団翔智会
麻布モンテアールレディースクリニック
院長　山中　智哉

【凍結胚の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の【凍結胚】の【保存期限の１年延長】を申し込みいたします。

【記入欄】下記の①～⑥を全て記入しご提出ください。

① 保 存 期 限：＿＿＿＿年＿＿＿＿月末日までの分を１年更新

② 同意年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

③ 住　　所：〒＿＿＿－＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ 電 話 番 号：＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

⑤ 妻）ＩＤ：＿＿＿＿＿

氏　名：（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥ 夫）氏　名：（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

※更新には本用紙のご提出と更新費用のお支払いを行う必要がございます。

※記入漏れや、記入ミス等がある場合には再提出をお願いする場合がございます。

※ご署名は必ず、自署にて両名をご記入ください。ご署名の無いものや、自署であることが確認できない場合には保存期限の更新をお断りさせて頂く場合がございますので、ご了承ください。

※保存期限は胚凍結した周期の最初の凍結日と同月となります。

例）月をまたぐ場合

2023年1月31日に培養5日目で凍結し、2023年2月1日培養6日目にも凍結した場合。①には期限日の「2024 年 1 月末日」とご記入頂き、2024 年 1 月末日までにお手続きください。

培養 5 日目の胚を使用し、保存している胚が培養 6 日目の胚のみの場合でも更新月は変更されず「1月のまま」となります。

保存期限がご不明な場合には当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。

【凍結精子の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の**【凍結精子】**の**【保存期限の１年延長】**を申し込みいたします。

【記入欄】下記の①～⑥を全て記入しご提出ください。

① 保 存 期 限：＿＿＿＿年＿＿＿＿月末日までの分を１年更新

② 同意年月日：＿＿＿＿年　　月　　日

③ 住　　所：〒　　－＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ 電 話 番 号：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿＿

⑤ 妻）ＩＤ：＿＿＿＿＿

氏　名：(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥ 夫）氏　名：(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

※更新には本用紙のご提出と更新費用のお支払いを行う必要がございます。
※記入漏れや、記入ミス等がある場合には再提出をお願いする場合がございます。
※ご署名は必ず、自署にて両名をご記入ください。ご署名の無いものや、自署であることが確認できない場合には保存期限の更新をお断りさせて頂く場合がございますので、ご了承ください。
※当院では原則、男性単身での凍結精子の更新を行うことはできません。
夫婦関係及び、事実婚関係に変更があった際には、速やかにお申し出ください。
※保存期限は凍結した月の翌年同月となります。
例）2023 年 1 月 5 日に凍結した場合
①には「2024 年 1 月末日」とご記入頂き、2024 年 1 月末日までにお手続きください。

保存期限がご不明な場合には当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。

【凍結卵子の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の【凍結卵子】の【保存期限の 1 年延長】を申し込みいたします。

【記入欄】下記の①～⑥を全て記入しご提出ください。

① 保 存 期 限：＿＿＿＿年＿＿＿＿月末日までの分を 1 年更新

② 同意年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

③ 住　　所：〒＿＿＿－＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ 電 話 番 号：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿＿

⑤ 患 者 I　D：＿＿＿＿＿

氏　名：(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

※更新には本用紙のご提出と更新費用のお支払いを行う必要がございます。
※記入漏れや、記入ミス等がある場合には、再提出をお願いする場合がございます。
※ご署名は必ず、自署にてご記入ください。ご署名の無いものでは保存期限の更新をお断りさせて頂く場合がございますので、ご了承ください。
※保存期限は卵子凍結した周期の採卵日と同月となります。
例）2023 年 1 月 30 日に採卵した場合
①には「2024 年 1 月末日」とご記入頂き、2024 年 1 月末日までにお手続きください。

保存期限がご不明な場合には当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。

【凍結胚破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保管中の**凍結胚破棄に同意いたします。**

① 同意年月日：　　年　　月　　日

② 住　　所：〒　　－

③ 電話番号：　　－　　－

④ 妻）ＩＤ　：

妻）氏　名：（自署）

⑤ 夫）氏　名：（自署）

⑥ 破棄する胚凍結番号(9 桁)【必ず記入をお願いします】

(1)	(2)	(3)	(4)
(5)	(6)	(7)	(8)
(9)	(10)	(11)	(12)

合計　　本

廃棄する胚について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただく場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。
これらの胚を用いた技術向上および研究使用に、

□　同意します　　□　同意しません

（いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。）

※胚凍結番号は「培養結果報告書」に記載してあります。
　胚凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。
※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。
※署名は必ず自署にてお願いいたします。

【凍結精子破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の**凍結精子の破棄に同意いたします。**

① **同意年月日:**　　年　　月　　日

② **住　　所:**　〒　　－

③ **電 話 番 号:**　　－　　－

④ **妻) I D　:**

氏　名:　(自署)

⑤ **夫) 氏　名:**　(自署)

⑥ **破棄する精子凍結番号(9 桁)【必ず記入をお願いします】**

(1)　(2)　(3)　(4)

(5)　(6)　(7)　(8)

(9)　(10)　(11)　(12)

合計　　本

廃棄する精子について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただく場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。
これらの胚を用いた技術向上および研究使用に、

□　同意します　　□　同意しません

(いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)

※凍結精子番号は「精液検査結果報告書」に記載してあります。
　凍結精子番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。
※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。
※署名は必ず自署にてお願いいたします。

【凍結卵子破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック　　院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保管中の**凍結卵子の破棄に同意いたします。**

① 同意年月日：　　年　　月　　日

② 住　　所：　〒　　－

③ 電話番号：　　－　　－

④ 患者ID：

⑤ 氏　　名：　（自署）

⑥ 破棄する卵子凍結番号(9桁)【必ず記入をお願いします】

(1)　(2)　(3)　(4)

(5)　(6)　(7)　(8)

(9)　(10)　(11)　(12)

合計　　本

廃棄する卵子について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただく場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。これらの卵子を用いた技術向上および研究使用に、

□　同意します　　□　同意しません

（いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。）

※卵子凍結番号は「卵子凍結報告書」に記載してあります。
　卵子凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。
※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。
※署名は必ず自署にてお願いいたします。