不妊治療に関する同意書

アイリスウィメンズクリニック武蔵境
院長殿

私たちは、不妊治療を受けるにあたり、下記事項について説明を受け、内容を理解し、同意・誓約いたします。

□　私たちは、法的婚姻関係または事実婚関係にあり、私たち二人以外の者との婚姻関係はありません。
事実婚関係の場合は、必要に応じて双方の戸籍全部事項証明書等を提出します。

□　貴院での不妊治療により出生した子については、私たち二人で責任をもって養育します。
また、事実婚関係の場合は、父となる者が認知手続きを行うことを誓約します。

□　治療中に婚姻関係または事実婚関係に変更があった場合（離婚、事実婚関係の解消、事実婚から法律婚への変更等）は、速やかに貴院へ連絡し、必要な書類を提出します。

□　婚姻関係または事実婚関係が解消された場合、または貴院が治療対象となる関係を認められないと判断した場合は、不妊治療の継続ができない場合があることを理解し、凍結保存中の胚・精子等の取扱いについては、貴院の方針に従います。

□　上記の申告内容に虚偽があった場合、後日、所定の自費診療費等の請求を受けることがあることを理解し、その費用を支払うことを了承します。

同意年月日
西暦　　年　　月　　日

本人
氏名（自署）：
診察券番号：

パートナー
氏名（自署）：
診察券番号：

2026/10/06