婚姻関係申告書

医療法人社団三圭会 大手町A R Tクリニック　川越医院

院長 川越 淳 殿

私達夫婦は、貴医院を受診し、生殖補助医療（体外受精、顕微授精、胚移植など）を実施するのにあたり、他に戸籍上の配偶者がいないこと、および、私達双方が貴医院での治療に同意していることを申告します。貴院での治療の結果、出生した子について、私たち双方が法的な親として（夫婦が未入籍の場合、パートナー（夫）は認知を行い）責任を果たす意向があることを申告します。

また、私達の夫婦関係に変更があった場合（法律婚夫婦の離婚、事実婚夫婦の事実婚解消、事実婚夫婦の婚姻等）、速やかに申告します。

万が一、貴医院が相応の根拠に基づいて、私達に他者との婚姻関係が認められる、または、婚姻関係が破綻していると判断した場合には、事実関係を確認の上で、即時一切の治療を中止すること（凍結保存中の胚・精子の廃棄等を含む）を承諾いたします。

婚姻関係について：　　法律婚　　・　　事実婚（未入籍）　　該当する方に◯

署名年月日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

本人(妻)(自署)

名前： 　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

住所： 　　　　　　診察券番号：

パートナー(夫)(自署)

名前： 　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

住所： 　　　　　　診察券番号：

世帯（住所）を同一としない場合、その理由：

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

婚姻関係に関わる上記の申告は、生殖補助医療を保険診療で行う際に、必ず確認を必要とします。また、保険適応ではない（私費診療の）場合でも、親子関係の複雑化を避ける目的で、本申告書の提出を必須としております。

＊注意：以下は当院で使用します。

申告書提出確認日：令和　　　年　　　月　　　日、確認者：