



## 当クリニックで治療を希望される

### 夫婦（パートナー）の姓が異なる患者さまへ

当クリニックで治療を希望される方で、夫婦（パートナー）の姓が異なる場合、お二人とも治療の意思があること、重婚でないことを確認させていただきます。また、この確認は健康保険の適用のためにも必要となります。

下記の1～2の書類を提出後、治療開始となります。

次回受診日に必要書類をご準備いただき、受付にお声かけください。ケアルームで書類をお預かりします。

今後、同一の姓になられた場合は、変更した健康保険証を受付に提出してください。

1. お二人の戸籍謄本（戸籍**全部事項**証明書）（発行後3か月以内のもの、コピー不可）  
お二人それぞれが法律的婚姻関係にないこと（重婚的内縁関係でないこと）、  
および嫡出推定期間にないことを確認します。  
パートナーのいずれかお一人が外国籍である場合は、日本国籍の方のみ必要となります。  
お二人ともが外国籍の場合は1.については不要です。  
確認後すぐにご返却します。
2. 申告書  
事実上の婚姻関係の申告と、婚姻関係終了時の治療中止を事前承諾していただく書類です。  
お二人それぞれの自筆による署名が必要です。



HANABUSA WOMEN'S CLINIC

<https://www.hanabusaclinic.com>

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

## 申告書

医療法人社団 英ウィメンズクリニック  
理事長 塩谷雅英 殿

私達は、事実上の婚姻関係にあることを下記の通り相互に確認した上で、貴クリニックに対し、その旨を申告いたします。

- ☐ 私達はそれぞれ他人と法律的な婚姻関係にないこと
- ☐ 私達は同一世帯であること  
同一世帯でない場合はその理由をお書きください  
( )
- ☐ 私達は治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること

万が一、貴クリニックが相応の根拠に基づいて、私達の婚姻関係に疑義が生じたと判断したとき、又は、私達のいずれか一方から貴クリニックに対し、婚姻関係を解消する旨の申し出があったときは、治療（胚・卵子・精子の凍結保存を含む）を中止することを承諾いたします。

年 月 日

氏名(夫)自署: \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_)

氏名(妻)自署: \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_)



HANABUSA WOMEN'S CLINIC

<https://www.hanabusaclinic.com>

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

患者様控

## 申告書

医療法人社団 英ウィメンズクリニック  
理事長 塩谷雅英 殿

私達は、事実上の婚姻関係にあることを下記の通り相互に確認した上で、貴クリニックに対し、その旨を申告いたします。

- ☐ 私達はそれぞれ他人と法律的な婚姻関係にないこと
- ☐ 私達は同一世帯であること  
同一世帯でない場合はその理由をお書きください  
( )
- ☐ 私達は治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること

万が一、貴クリニックが相応の根拠に基づいて、私達の婚姻関係に疑義が生じたと判断したとき、又は、私達のいずれか一方から貴クリニックに対し、婚姻関係を解消する旨の申し出があったときは、治療（胚・卵子・精子の凍結保存を含む）を中止することを承諾いたします。

年 月 日

氏名(夫)自署: \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_)

氏名(妻)自署: \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_)

