

The original of this document is in Japanese, and it is the Japanese document that is effective. Please fill in all necessary information on the original.

As for the translation itself, it is for consideration, to assist you in your understanding. We cannot assume any responsibility for problems arising with reference to this translation.

Consent for Insurance Infertility Treatment

Oak Clinic Group Director:

At this time, both partners attest that both condition (1) and condition (2) are true, as is required to qualify for fertility care coverage under the Japanese insurance system.

(1) Partners in marriage which is legally recognized in Japan

We (husband and wife) are legally and exclusively married (no other partners) and our marriage is valid and recognized by Japan.

If both partners do not live in the same household, please state the reason below:

(For example: The workplace is very far away)

(2) Recognition of Child

I and my partner both intend to recognize any child born as a result of infertility treatment as our child.

I understand that if changes occur to any of the above statuses, I will inform the clinic. I further understand that if any of the above information is incorrect or becomes incorrect at any time, insurance will not cover my treatment and I will be responsible for all fertility treatment costs at my own expense.

Wife Date today : YYYY MM DD

Address : 〒 _____

Full Name : _____

Oak ID : _____ Date of Birth : YYYY MM DD

Husband Date today : YYYY MM DD

Address : 〒 _____

Full Name : _____

Oak ID : _____ Date of Birth : YYYY MM DD

The staff fills in

受領日：西暦 年 月 日 時 分

受領印

不妊治療（保険適用）同意確認書



医療法人オーク会 理事長 殿

この度、私たちは、健康保険適用の不妊治療をするにあたり、下記（１）（２）の必要条件に該当することをここに明記します。

(1) 婚姻関係

私とそのパートナーは、婚姻関係にあり（事実婚を含む）、重婚ではない。

同一世帯でない方は下記に理由をご記入ください。

例) 職場が遠いため。

(2) 出生子の認知

私とそのパートナーは、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある。

以上の内容に変更が生じた場合は自ら申し出ること、また、誤った申し出であることが判明した場合は、保険請求された不妊治療費はすべて自費で請求されることを理解しました。

妻 記入日：西暦 年 月 日

住所：〒

氏名（自署）：

診察券番号： 生年月日：西暦 年 月 日

夫 記入日：西暦 年 月 日

住所：〒

氏名（自署）：

診察券番号： 生年月日：西暦 年 月 日

以上

受領日：西暦 年 月 日 時 分

受領印