

# 生命保険会社用 診断書作成のご案内

本書は、生命保険会社へ提出する診断書の作成をご希望される患者様に向けたご案内です。  
内容をご確認のうえ、お申し込みをお願いいたします。

## ① 事前にご確認ください（重要）

- 保険会社指定の診断書用紙と当院指定の作成申込書をご準備のうえ、来院時にご持参、または郵送してください。
- 保険内容によっては給付対象外となる場合があります。必ず事前にご自身で保険会社へご確認ください。
- 日帰り手術は日帰り入院扱いにはなりません。
- 自費治療中の方でも申請可能な場合がありますが、先進医療としての記載はできません。

## ② 書類作成にかかる期間・受け取り方法

項目	内容
作成期間	約 2～3 週間
郵送希望	レターパックをご持参、 または当院（1 枚 600 円）で購入
来院受取	次回来院時、出来上がり次第会計時にお渡し
書類の受取りのみで来院	事前に電話またはメールで完成確認をお願い します
完成連絡	当院からの完成連絡は行っておりません

※郵送の場合、お届け先欄はご本人様でご記入ください。

## ③ 診断書作成費用について

内容	金額
診断書作成料	1 通 7,700 円（税込）
<ul style="list-style-type: none"><li>● 保険会社の様式により、記載できる手術回数が異なります。必要枚数を事前にご確認いただき、ご準備されてください。</li><li>● 一度お預かりした書類代金は返金できません。</li></ul>	

## ④ 記載内容の考え方（重要）

申込書に事前に記入された内容のみ診断書へ反映されます。

### ■ 記載例

例	内容	枠数
例①	4/1 採卵 → 4/6 胚移植／全胚凍結／胚培養	2 枠
例②	4/1 採卵のみ（体外受精・顕微授精なし）	1 枠

※採卵術に伴う管理料はすべて記載します。

※申込の際に申込書に記入がないものは診断書に記載致しかねます。

※後日追加申込があった場合も追記は出来かねますので申込前に必ずご確認ください。

※保険会社によっては○回目以降記入のフリースペースがございますが、その場合のフリースペースには 2 回分(2 枠分)の手術まで記入が可能です。

※保険会社の希望により書類の裏面に記入することも可能ですが書類代金は発生します。  
書類代金については保険会社 様式の枠 × 手術回数分でカウントさせていただきます。

生命保険会社用診断書 作成申込書

■ 基本情報

診察券番号	フリガナ	生年月日 年 月 日
	名前	
書類申込日：	年 月 日	書類の受取方法： <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来院時 (ご希望の受取方法にチェックを入れてください)

■ 手術内容（該当するものにチェックを入れてください）

手術日	内容（いずれか1つ）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚培養（治療中止）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚培養（治療中止）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚培養（治療中止）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚培養（治療中止）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚培養（治療中止）

※ 胚培養（治療中止）とは胚移植、全胚凍結ができない場合をさします。

■ 上記以外の手術（自由記載）

手術日	手術名
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

※正式名称でなくても構いません。

■ 先進医療（該当する場合、該当するものにチェックを入れてください）

実施日	名称（いずれか1つ）
年 月 日	<input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> SEET 法 <input type="checkbox"/> スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA & ALICE <input type="checkbox"/> TRIO
年 月 日	<input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> SEET 法 <input type="checkbox"/> スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA & ALICE <input type="checkbox"/> TRIO
年 月 日	<input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> SEET 法 <input type="checkbox"/> スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA & ALICE <input type="checkbox"/> TRIO
年 月 日	<input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> SEET 法 <input type="checkbox"/> スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA & ALICE <input type="checkbox"/> TRIO

■ 入院（該当する場合）

入院期間
年 月 日～ 年 月 日
年 月 日～ 年 月 日

ご理解とお願い

- 申込の際に申込書に記入がないものは診断書に記載致しかねます。記入漏れ・確認不足による追記や修正はできません。
- 後日追加申込があった場合も追記は出来かねますので申込前に必ずご確認ください。
- 内容・回数・給付可否については、必ず**保険会社へ事前確認**をお願いいたします。事前に書類をご確認いただき必要な書類枚数(保険会社指定)・申込書(この用紙)をご準備されて下さい。
- 一度お預かりした書類代金（1 通 7,700 円）について返金は致しかねます。
- 保険会社の様式によって手術の記載できる回数が異なり、保険会社によっては○回目以降記入のフリースペースがございますが、その場合のフリースペースには2 回分(2 枠分)の手術をお書きします。
- 保険会社の希望により書類の裏面に記入することも可能ですが書類代金は発生します。その場合の書類代金については保険会社 様式の枠×手術回数分でカウントさせていただきます。

ご不明な点がございましたら、当院受付までお問い合わせください。

セントマザー産婦人科医院 （代表電話）093-601-2000

書類送付先（住所）〒807-0825 福岡県北九州市八幡西区折尾 4-9-12

20260119 作成

※こちらの用紙は当院ホームページからもダウンロード可能です。