

凍結継続費用返金依頼書

本書は凍結物に関する返金の依頼書です。
返金の対象となるのは、凍結日から1年以上経過しており、且つ、
本書が当院に到着した時点で凍結保存期間が1年以上残っている場合のみとなります。

ご署名と下記の項目をご記入の上ご提出下さい。

はらメディカルクリニック 院長 原 利夫 殿			
私 (自署) 印 は、			
費用として支払いました金額を下記の口座に払い戻しを依頼致します。			
返金依頼日	平成 年 月 日		
診察券番号	お名前		
電話番号			
ご住所	〒 -		
対象凍結物 (返金対象となる凍結物についてご記入下さい)	胚・未受精卵 or 精子	凍結日:	年 月 日
	胚・未受精卵 or 精子	凍結日:	年 月 日
	胚・未受精卵 or 精子	凍結日:	年 月 日
返金事由			
返金額	¥ (※ここから振込手数料を引いた金額のお振り込みとなります) ※返金額は1年単位です。1ヶ月や半年単位での返金はできません。		
返 金 先			
金融機関名	銀行・信用金庫	本・支店名	
預金種目	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

《ご注意》

1返金方法は口座振り込みとなります。その際に発生する手数料は患者様負担となりますのでその旨ご了承下さい。

2患者様のご要望が当院の凍結規定に沿っているか確認・検討を行うため、本書をご提出頂いてから返金が完了するまで約2か月のお時間を頂いております。

患者控えとして一部コピーをお取り頂き、本書を当院までご郵送ください。

郵送先：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10 はらメディカルクリニック凍結担当係