

事実婚関係・治療についての確認書

不妊治療を行うにあたり、下記事項に相違ないことを認めます。

1. 私達は事実婚関係にあり、両者とも当人以外と婚姻関係はありません。

2. 世帯の確認 どちらかにチェックをお願いします。

☐ 私達は同一世帯です。※同一世帯…住民票の住所および生計が同じである世帯

☐ 別世帯です。理由（必須）

3. 治療の結果出生した子について両者とも認知を行う意向があります。

4. 事実婚関係に変更があった場合（事実婚解消、事実婚夫婦の婚姻等）速やかに貴院に申し出ます。

5. 上記の申告に相違があり、それによって問題が生じた場合、その責任は貴院に問いません。

不妊治療において必要な検査結果や治療内容等の情報をパートナー間で共有することに同意します。

年 月 日

パートナー氏名（男性）自署

パートナー氏名（女性）自署



受取り	控え
/ 印	印

2025.10.16