

## 誓約書

私たち 夫\_\_\_\_\_妻\_\_\_\_\_は、人工生殖法の規定に従い、

精子 卵子 の提供を受け、人工生殖を実施します。（理由は詳しくご記入ください） ↑ 卵子にチェック

### ↓ 受術夫だけにチェック

受術夫 受術妻（外国籍の方）の親等関係の完全な証明は困難ですが、認証を受けるために人工生殖法第15条第1項に規定されている親族関係を可能な限り記載します。（精子 / 卵子提供を受ける方は、配偶者の直系親族と4親等内の傍系親族を記入し、自身の直系親族と直系婚族を記入してください。）

衛生福利部 国民健康省

受術夫
氏名：_____（署名） 国民身分統一番号：□□□□□□□□□□ ← 空欄のまま何も記入しないでください。 外国籍の方 統一番号：□□□□□□□□□□ ← 健康保険証の番号を記入ください。 外国籍の方パスポート番号：□□□□□□□□□□ ← パスポート番号を記入ください。 生年月日：中華民國____年__月__日 参考) 2022年 = 中華民國111年
受術妻
氏名：_____（署名） 国民身分統一番号：□□□□□□□□□□ ← 空欄のまま何も記入しないでください。 外国籍の方 統一番号：□□□□□□□□□□ ← 健康保険証の番号を記入ください。 外国籍の方パスポート番号：□□□□□□□□□□ ← パスポート番号を記入ください。 生年月日：中華民國____年__月__日 参考) 2022年 = 中華民國111年です

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

↑ 記入日を記載