第２号様式（第６条関係）

不育症治療受診等証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな  氏 名 | | | 生年月日  昭和・平成　　　 年　　 月 　　日 |
| 診断及び治療実施医療機関 | 治療期間 | | 年 　　月　　 日～ 　　　　　年　　　 月 　　　日 | |
| 診断名 | |  | |
| 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。  □免疫異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □内分泌異常 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □夫婦染色体異常（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □子宮異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。  　　　年　　　 月 　　　日  医療機関  所 在 地  名 称  医 師 名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |
| 治療実施  医療機関 | 治療期間 | 年 　　月 　　日～　　　　　 年 　　　月 　　　日 | | |
| 診断名 |  | | |
| 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。  □免疫異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □内分泌異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □夫婦染色体異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □子宮異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。  　 年　　　 月　　　 日  医療機関  所 在 地  名 称  医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ | | | |

注１ 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注２ 証明内容については、本人同意のもと問合せをする場合があります。

【事務担当】

開成町保険健康課保健予防担当

０４６５－８４－０３２７