

不育症治療受診等証明書

受診者	ふりがな	生年月日	
	氏名	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。		
	<input type="checkbox"/> 免疫異常（ ） <input type="checkbox"/> 内分泌異常（ ） <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常（ ） <input type="checkbox"/> 子宮異常（ ） <input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 免疫異常（ ） <input type="checkbox"/> 内分泌異常（ ） <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常（ ） <input type="checkbox"/> 子宮異常（ ） <input type="checkbox"/> 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】

開成町子育て健康課 健康づくり班

0465-84-0327