

不育症治療受診等証明書

受診者	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日	
	治療期間	年 月 日～		年 月 日
診断及び治療 実施医療機関	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 ⑩			
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 ⑩				

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。