

(第2号様式)

中井町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
診断及び治療 実施医療機関	治療の期間	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 (印)	
治療実施 医療機関	治療の期間	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 (印)	

※ 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。

※ 証明内容については、本人同意のもと問い合わせをする場合があります。