

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		
	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。				
	<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ことがあります。

【事務担当】

大井町子育て健康課

0465-83-8011