様式第２号（第７条関係）

大田原市不育治療受診等証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 診断実施医療機関 | 診断期間 | 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、（）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、診断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 |
| 治 療 費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（保険診療分を除く） |
| 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、(　)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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※診断、治療一方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、本人同意のもと問合せをする場合があります。