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。