

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。 <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、診断を行ったことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 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
	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。 <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、不育治療を行ったことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関 所在地 名称 医師名 ⑩	

※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。