様式第２号（第５条関係）

不育症治療医師証明書

　　　　年　　月　　日

益田市長　様

医療機関

 住　所

名　称

 担当医師名

下記の者については、不育症の治療が必要であることを認めます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | ふりがな | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者氏名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |  |
| 医師記入欄 | 治療期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 不育症の治療理由 | 該当するものにチェックし、詳細をカッコ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 |
| □　子宮形態異常　　□　その他 |
|  |
| 主な検査・治療内容 |  |
| 院外処方の 有 無 | 　　　有　・　無 |
| 特記事項 |  |

※　他の医療機関への紹介等、規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄に記載してください。