

大田市長 様

医療機関

住所

名称

医師

印

不育症治療医師証明書

下記の者については、不妊に対しての治療が必要であること（又はあったこと）を証明します。

太枠内は、受診者が記入してください。

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
不育症治療を 必要とした理由				
治療方法	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固体療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法		<input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
特記事項				

【注意事項】

- 1 太枠内は、あらかじめ申請者が記入してください。
- 2 不育症治療を必要とした理由には、人工妊娠中絶によるものは含めないでください。
- 3 治療期間には、不育症の治療を開始した日から出産（流産及び死産を含む。）により当該治療が終了した日までの期間を記入してください（妊娠前の検査、治療については、期間に含めないでください。）。