

## 大和市不育症治療医療機関等証明書

受診者	ふりがな 氏名							
	生年月日	年	月	日				
診断及び治療 実施医療機関	治療期間	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、カッコ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、不育症治療を行ったことを証明します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>年 月 日</span> <span>医療機関 所在地 名称 医師名</span> <span>印</span> </div>							
治療実施 医療機関	治療期間	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、カッコ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、不育症治療を継続して行ったことを証明します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>年 月 日</span> <span>医療機関 所在地 名称 医師名</span> <span>印</span> </div>							

\* 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

\* 証明内容について、本人同意のもと大和市すくすく子育て課職員が問い合わせする場合があります。

[事務担当]

大和市こども部すくすく子育て課  
母子保健係 046-260-5609