

不育症治療医師証明書

年 月 日

出雲市長 様

医療機関等

住 所
名 称
医師名

㊞

下記の者について、不育症治療を実施したことを証明します。

太枠内は、申請者が記入してください。

ふりがな				
受診者氏名	夫			妻
生年月日	年 月 日		年 月 日	
不育症治療を必要とした理由 (既往歴等)	<input type="checkbox"/> 流産 (回) <input type="checkbox"/> 死産 (回) ※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限り、 ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※今回の妊娠について、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産等含む）までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。			
主な治療内容	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他 () <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
備考				