

真鶴町不育症治療受診等証明書

真鶴町長 様

受診者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日(歳)	
	住所	真鶴町			
診断及び 治療を 実施した 医療機関	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	診断名				
	治療理由 及び 治療内容	当該患者について、該当するもの(□)をチェックし、詳細については ()内に記入してください。 <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 ()			
	保険診療 外の費用	円	※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料 等の直接治療に関わらない費用は除く		
	上記のとおり、不育症診断及び治療を行ったことを証明します。				年 月 日
	実施医療機関		所在地		
		名称			
		医師名		印	
※治療を 実施した 医療機関 (治療のみ行っ た医療機関は こちらへ記入 してください)	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療理由 及び 治療内容	当該患者について、該当するもの(□)をチェックし、詳細については ()内に記入してください。 <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 ()			
	保険診療 外の費用	円	※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料 等の直接治療に関わらない費用は除く		
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。				年 月 日
	実施医療機関		所在地		
			名称		
		医師名		印	

※1 診断を伴わない証明・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。

※2 証明内容について、本人の同意のもと真鶴町の職員が問合せをすることがあります。