年　　月　　日

美郷町長　　様

住　所

医療機関　　名　称

医師名　　㊞

不 育 症 治 療 証 明 書

下記の者については、不育症治療を実施したことを証明します。

記

（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	
住　　所				
不育症治療を必要とした理由	チェック又は記入をしてください。 □　流産（　　回）　□　死産（　　回） □　その他（　　）			
治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
治療内容	チェック又は記入をしてください。 □　抗血小板療法　□　抗凝固体療法 □　ホルモン療法　□　免疫抑制療法 □　漢方療法　□　その他（　　）			
院外処方の有無	□　有　□　無			
特記事項				

注意事項

(1)　規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄にその旨を記入してください。

(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。）。