

様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

川本町長 様

医療機関

住 所

名 称

医 師

印

不育症治療証明書

次の者については、不育症治療を実施したことを証明します。

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
生年月日				
住所				
不育症治療を 必要とした理由	<input type="checkbox"/> 流産（ 回） <input type="checkbox"/> 死産（ 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
主な治療内容	<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			
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。）。