様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

邑　南　町　長　　様

医療機関
住　所
名　所
医　師　　㊞

一般不妊治療等証明書

下記の者については、不妊の治療が必要であること（又はあったこと）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				
住　　所				
主たる検査	チェック又は記入をしてください。 （夫）□精液検査 （妻）□ホルモン検査 □子宮卵管造影 □クラミジア抗体検査 □その他（　　）			
治療内容	チェック又は記入をしてください。 □タイミング療法　【実施　（　　回）　】 □排卵誘発法　【実施　（　　回）　】 □人工授精　【実施　（　　回）　】 □その他：手術療法に関しては〔　〕内に詳細を記入してください。 〔　　〕			
最初の受診日	年　　月　　日　受診			
特記事項				

注意事項

⑴　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。
⑵　他の医療機関を紹介等した場合、特記事項欄にその理由及び医療機関名を記入してください。
⑶　自己都合により複数の医療機関に受診する場合にはそれぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。
⑷　治療を中断した場合は、その経過を特記事項欄に記入してください。