

様式第2号(第5条関係)

磐梯町こうのとり支援事業(不妊治療等)医療機関証明書

	夫	妻
(フリガナ) 受診者氏名	()	()
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
受診期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
※うち 生殖補助医療 該当期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
診断名		
治療(検査) 内容	※該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。	
	<input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> 薬物療法 () <input type="checkbox"/> 手術療法 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> タイミング療法() <input type="checkbox"/> 薬物療法 () <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 () <input type="checkbox"/> 人工授精 () <input type="checkbox"/> 体外受精 () <input type="checkbox"/> 顕微授精 () <input type="checkbox"/> その他 ()
<p>上記のとおり、不妊治療等を行ったことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p>(医療機関) 名称</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>		

※証明内容について、本人同意のもと磐梯町職員が問い合わせする場合があります。