様式第２号（第６条関係）

# 不育症治療医師証明書

年　　月　　日

雲南市長　　様

医療機関等
所在地
名　称
医師名

下記の者について、不育症治療を実施したことを証明します。

太枠内は、申請者が記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| 生年月日 | | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| 不育症治療を必要とした理由（既往歴等） | □流産（　　回）　□死産（　　回）<br>※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限ります。<br>ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。<br>（　　） | | | |
| 治療期間 | 年　月　日　～　年　月　日<br>※今回の妊娠について、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産等含む）までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。 | | | |
| 主な治療内容 | □抗血小板療法　□抗凝固体療法　□ホルモン療法　□免疫抑制療法<br>□漢方療法　□その他（　　）<br>（　　） | | | |
| 院外処方の有無 | □有　□無 | | | |
| 備考 | | | | |