

不育治療に係る医療機関証明書

受診者	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
診断及び治療 実施医療機関	受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名	
	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"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり、不育治療を行ったことを証明します。		年 月 日
医療機関		
所在地		
名称		
医師名		Ⓜ

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