

様式第2号（第6条関係）

小田原市不育症診断及び治療実施証明書

小田原市長 様

受診者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	小田原市			
診断及び治療を実施した医療機関  (治療について異なる医療機関が実施した場合は下の※欄に記入してください。)	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	診断名				
	治療理由及び治療内容	該当する理由にチェックし、治療内容を（ ）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（ ）			
	保険診療外の費用	円 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用は除く。			
	上記のとおり、不育症診断及び治療を行ったことを証明します。		年 月 日		
		所在地			
		医療機関 名称			
		医師名			
		印			
※治療を実施した医療機関	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療理由及び治療内容	該当する理由にチェックし、治療内容を（ ）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（ ）			
	保険診療外の費用	円 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用は除く。			
	上記のとおり、不育症治療を継続して行ったことを証明します。		年 月 日		
			所在地		
		医療機関 名称			
		医師名			
		印			

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注2 証明内容については、本人同意のもと、小田原市職員が問い合わせをする場合があります。