

旧優生保護法一時金支給請求に係る診断書

1. 請求者情報

ふりがな		性別	生年月日
請求者 氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 都府県		

2. 既往歴

( 有 ・ 無 )

3. 自覚症状

( 有 ・ 無 )

4. 手術痕

	男性	女性
手術痕の位置 (図示)		
位置 や長さ	(位置) (長さ)	(位置) (長さ)

5. 備考欄

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名 記載日時 年 月 日

住所 担当医師 印