

## 旧優生保護法補償金・優生手術等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・平成・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 都・道 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