

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<br>氏名 |          | 男・女 | (大正・昭和・平成・西暦)<br>年 月 日 |
| 請求者<br>住所 | 〒 都府 道 県 |     |                        |

2. 既往歴

( 有 ・ 無 )

3. 自覚症状

( 有 ・ 無 )

4. 手術痕

|                            |              |              |
|----------------------------|--------------|--------------|
|                            | 男性           | 女性           |
| 手術<br>痕の<br>位置<br>(図<br>示) |              |              |
| 位置や<br>長さ                  | (位置)<br>(長さ) | (位置)<br>(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