（様式２）

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