第5号様式(第4条関係)

R4改正後用

通院証明書

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　(生年月日　　　　　　年　　月　　日)

　上記の者は、当医療機関において、特定不妊治療・先進医療による不妊治療のため、下記のとおり通院したことを証明します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療期間 | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日まで　　合計　　日間 | | |
| 治療の種類 | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ  先進医療による不妊治療 | 保険診療の  適用の有無 | 有　　・　　無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院月 | 通院日 | | | | | | | | | | | | | | | | 通院日数 |
| 年　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 年　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 年　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 年　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 年　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 日 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　印

注１　「通院日」欄は、対象者が特定不妊治療（体外受精、顕微授精、体外受精・顕微授精に伴う男性不妊治療）又は先進医療による不妊治療のために通院した日を○印で囲んでください。

２　治療を伴わない通院（薬の処方又は受取り、治療費の支払等のみの通院）は、通院交通費の支給対象外ですので、通院日数に算入しないでください。