

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



- 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。