**通院証明書**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　(生年月日　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　月　　日、年齢　　歳)

　上記の者は、当医療機関において次のとおり通院したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通院期間 | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日まで　　合計　　日間 | | |
| 区分 | 不妊治療・妊婦・産婦・乳幼児 | 保険診療の  適用の有無 | 有　　・　　無 |

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

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　印

注１　「通院日」欄は、対象者が「不妊治療」、妊産婦及び3歳未満の乳幼児の「健診及び治療」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（治療費の支払等のみの来院）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。