添付資料(第３条関係)

通　院　確　認　書

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（夫）　　(生年月日　　年　月　日)

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（妻）　　(生年月日　　年　月　日)

上記の者は、当医療機関において、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。

※ 一般不妊治療など生殖補助医療とは関係のない対象外の通院は通院日数に含めず、先進医療を実施した１クールをご記入ください。

※ 治療計画の開始もしくは、採卵周期の始まりが１クールの始期になります。

※ 胚移植に至った場合は、妊娠判定日までが１クールになります。

記

治療期間	年　月　日　から　　年　月　日まで　合計　日間		
先進医療の種類		凍結胚の有無	有　・　無
胚移植	胚移植に至った（令和　年　月　日）　または　胚移植に至らず、中止		

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		
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。