

通院証明書

年 月 日

四万十市長 様

(医療機関)
所在地
名称
主治医氏名
電話番号

下記受診者は、当医療機関において、不妊治療等による治療のため、下記のとおり通院したことを証明します。

記

受診者	夫	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
治療期間 注1			年 月 日 から	年 月 日	まで
			年 月 日 から	年 月 日	まで
			年 月 日 から	年 月 日	まで
			年 月 日 から	年 月 日	まで
			年 月 日 から	年 月 日	まで
			年 月 日 から	年 月 日	まで
治療の種類 注2			人工授精 ・ 生殖補助医療 (A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F)		

通院日（合計 日）				
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※「通院日」欄は、受診者が人工授精・生殖補助医療による不妊治療のために通院した日を記入してください。

※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、通院交通費の助成対象外ですので、通院日数に算入しないでください。

(注1) 人工授精の場合は、1回あたりの治療期間を記入してください。生殖補助医療の場合は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画を作成した日から治療終了までを記入してください。

(注2) 該当する治療の種類を選択してください。体外受精及び顕微授精の対象範囲となる治療は次のいずれかに相当するものです。採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は対象となりません。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施（胚移植前に体調不良等により移植のめどが立たずに治療を終了した場合を除く。）
- D 採卵後に体調不良等による移植のめどが立たずに治療終了
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止