

下呂市生殖補助医療通院交通費助成事業通院等証明書

下記の者について、当医療機関において保険診療による生殖補助医療（体外受精・顕微授精）のため、下記のとおり通院したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医師署名又は記名押印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|----------------------|------------------|----------------------|---|----------------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 (治療開始時年齢) | | 昭和・平成 年 月 日 (満 歳) | | 昭和・平成 年 月 日 (満 歳) |
| 今回の治療期間※1 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 通院回数 | 回 | | | |
| 治療の経過 | 妊娠反応 (陽性 ・ 陰性) | | | |

※1：治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記入してください。採卵に至らないケースは通院交通費の対象になりません。