第２号様式(第４条関係)

**通院申告書**

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

　私は、次のとおり概ね５０ｋｍ以上の遠方に通院したことを申告します。

１　該当する区分すべてを〇で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分１ | 不妊治療・妊婦・産婦・３歳未満の乳幼児 | 区分２ | 健診・保険診療・保険外診療 |

２　通院医療機関名及び所在地（市町名まで）を御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院医療機関名 | 所　在　地 | 印のマーク |
|  | 　　　都道府県　　　　　市町 | 〇 |
|  |  | △ |
|  |  | ◇ |
|  |  | 💛 |
|  |  | ☆ |

３　通院した日を「上記２のマーク」で囲んでください。

同日受診の際は、より遠方の医療機関を御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  |  |

注１　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。