

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○で囲んでください。

区分	不妊治療 ・ 妊婦 ・ 産婦 ・ 3歳未満の乳幼児
----	---------------------------

2 通院医療機関名及び所在地（市町名まで）をご記入ください。

通院医療機関名	所在地	印のマーク
	県 市町	○
	県 市町	△
	県 市町	◇
	県 市町	●

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
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R8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	
R9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	
R9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	
R9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	
合 計		

注1 治療を伴わない通院（治療費の支払、文書の受け取り等のみの来院）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。