様式第２号（第４条関係）

# 妊婦健康診査費支払証明書

| （ふりがな）<br>受診者の氏名 | 生年月日 | 住　　所 |
|---|---|---|
| （　　） | 年　　月　　日 | 〒 |

| 受診日 | 妊娠<br>週数 | 妊婦健康診査の<br>受診費用（円）<br>（A） | 左のうち、市町村発<br>行の受診票充当額<br>（円）（B） | 自己負担額<br>（A－B） | 医療機関又は<br>助産所の領収<br>確認印 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |
| 年<br>月　日 | 週<br>日 | | | | | |

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関又は助産所

所在地

名　称

代表者氏名　　印