妊婦健康診査費支払証明書

(ふりがな) 受診者の氏名	生年月日	住　　所
	年　　月　　日	〒

受　診　日	妊婦健康診査に係る受診費用 のうち妊婦の自己負担額	医療機関又は助産所 の領収確認印
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		

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

美浜町長　様