別記第2号様式(第4条関係)

妊婦健康診査費支払証明書

年　　月　　日

　串本町長　　様

(医療機関又は助産所)

所在地

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな)  受診者の氏名 | 生年月日 | 住所 |
|  | 年 　月 　日 | 〒 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 妊婦健康診査の受診費用 (円)  （Ａ） | 左のうち、市町村発行の受診票充当額 (円)  （Ｂ） | 自己負担額  （Ａ－Ｂ） | 医療機関又は助産所の領収確認印 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |