

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