

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	

診察日	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
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

有田川町長 中山正隆 様

