

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	〒 日高郡日高川町大字

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	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関又は助産所

所在地

名 称

代表者氏名

印

日高川町長 様