様式第２号（第１１条関係）

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	妊娠週数	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	備　考
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 日					
年 月　　日	週 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