

様式第 2 号（第 4 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	〒

健康診査内容	受診年月日	受診費用 (本人負担額)
第 1 回（8 週前後）	年 月 日	円
第 2 回（1 2 週前後）	年 月 日	円
第 3 回（1 6 週前後）	年 月 日	円
第 4 回（2 0 週前後）	年 月 日	円
第 5 回（2 4 週前後）	年 月 日	円
第 6 回（2 6 週前後）	年 月 日	円
第 7 回（2 8 週前後）	年 月 日	円
第 8 回（3 0 週前後）	年 月 日	円
第 9 回（3 2 週前後）	年 月 日	円
第 1 0 回（3 4 週前後）	年 月 日	円
第 1 1 回（3 6 週前後）	年 月 日	円
第 1 2 回（3 7 週前後）	年 月 日	円
第 1 3 回（3 8 週前後）	年 月 日	円
第 1 4 回（3 9 週前後）	年 月 日	円
超音波検査第 1 回（8 週～2 0 週）	年 月 日	円
超音波検査第 2 回（8 週～2 0 週）	年 月 日	円
超音波検査第 3 回（2 4 週～3 4 週）	年 月 日	円
超音波検査第 4 回（3 6 週～出産）	年 月 日	円
H I V 抗体単価 風疹ウイルス抗体価検査	年 月 日	円
性器クラミジア検査	年 月 日	円
G B S 検査	年 月 日	円
H T L V - 1	年 月 日	円

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



岩出市長 様