

妊産婦健康診査費等支払証明書

（ふりがな） 受診者の氏名	生年月日	住 所
（ ）	年 月 日	〒649－ 上富田町

受 診 日	妊産婦健康診査等に係る受診費用 のうち自己負担額	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	
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

印

上富田町長 様