様式第４号（第８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				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				
年 月　日				

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