

松原市産婦健康診査費用証明書

※医療機関へのお願い

▼受診者の氏名と生年月日をご記入ください。

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

▼健康診査費用の助成手続きのため、下記の①、②の内容をすべてご記入ください。
③と④は松原市が記入します。

	① 受診日	② 領収額	③ 基準額	④ 助成額
産後2週間用	令和 年 月 日	円	円	円
産後1か月用	令和 年 月 日	円	円	円

上記領収額を産婦健康診査にかかる本人負担額として領収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

医療機関名 _____ 印

代表者名 _____