

和泉市妊婦等健康診査補助金制度受診等証明書

下記のものについては、健康診査を実施し、これに係る健診費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

及びその名称

代表者氏名

電話番号

印

妊 婦 健 康 診 査					
(フリガナ)					
受診者氏名					
受診者生年月日	昭 平	和 成	年	月	日 (歳)
受 診 日 等			領 収 額		
妊婦健診	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
※子宮頸がん検診	年	月	日		円
結果 (異常なし・要観察・要精検)					
※HTLV-1検査	年	月	日		円
結果 (- ・ +)					
合 計			円		

市記入欄		
受診券 番号	補助券 番号	公費負担額

※ 金額の頭に「¥」をつけてください。 ※ 証明内容に訂正がある場合は、医療機関の印鑑を捺印してください。
※ 子宮頸がん検診・HTLV-1検査にかかった費用と結果は、健診と同一日であっても別途記載をしてください。

乳 児 一 般 健 康 診 査					
(フリガナ)					
受診者氏名					
受診者生年月日		年	月	日 (歳)	
受 診 日 等			領 収 額		
乳児一般健診	年	月	日		円
	結果 (異常なし・要観察・要精検・要医療(精神・身体)・既医療)				

市記入欄		
受診券 番号	補助券 番号	公費負担額

※ 金額の頭に「¥」をつけてください。 ※ 証明内容に訂正がある場合は、医療機関の印鑑を捺印してください。

市 記 入 欄				
受付No.		受付日	年 月 日	受付者

