

年 月 日

糸島市長

(実施医療機関等)

住 所

名 称

代表者名

印

電話番号

下記の者について、産婦健康診査を実施し、健診料金について領収したことを証明します。

1 対象者

フリガナ		生年月日
対象者氏名		年 月 日
対象者住所		

2 受診日、料金等

1回目	産婦健康診査受診日	自己負担費用（保険診療外）	自己負担費用（保険診療）
産後2週間前後	年 月 日	円	円
2回目	産婦健康診査受診日	自己負担費用（保険診療外）	自己負担費用（保険診療）
産後1か月前後	年 月 日	円	円
合 計		円	円

(備考) ※本様式は、領収書等で産婦健康診査にかかった領収金額が証明できない場合に使用して下さい。

※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。