

(様式第2号)

年 月 日

福岡市長様

所在地

施設名

印

電話番号

妊婦健康診査受診証明書

当該患者に関して、下記の通り妊婦健康診査を受診したことを証明致します。

記

1. 受診者

(住 所)
(氏 名)
(生年月日)

2. 健診年月日及び領収金額（保険診療分を除く）

健診年月日	領収金額（保険診療分を除く）
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

※ 福岡市妊婦健康診査助成券を使用して妊婦健診を受けた際に別途自己負担した費用は対象外です。