

さいたま市妊婦健康診査実施証明書

年 月 日

(宛先) さいたま市長

(実施医療機関等)

所在地 〒

名称

代表者名

印

電話番号

次の者について、下記のとおり妊婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者（申請者記入）

フリガナ 申請者氏名	①	生年月日	昭和 平成	年	月	日
申請者の現住所	〒 (電話番号 - - )					

2 妊婦健康診査実施年月日及び領収金額

- 妊娠判定時の診療及び保険診療は含みません。
- さいたま市妊婦健康診査受診票（助成券）を使用して妊婦健康診査を受診した際に、妊婦が別途自己負担した費用は助成対象となりません。

	妊婦健康診査 受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)		妊婦健康診査 受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)
1	年 月 日	円	8	年 月 日	円
2	年 月 日	円	9	年 月 日	円
3	年 月 日	円	10	年 月 日	円
4	年 月 日	円	11	年 月 日	円
5	年 月 日	円	12	年 月 日	円
6	年 月 日	円	13	年 月 日	円
7	年 月 日	円	14	年 月 日	円

(備考) 本証明書の発行手数料については、申請者の自己負担となります。