別記第２号様式

田辺市妊婦健康診査費支払証明書

（ふりがな） 受診者の氏名	生　年　月　日	住　　所
	年　月　日	〒

健診 年月日	妊婦健康診査 受診費用 （A）	左のうち、市発行 の受診票充当額 （B）	自己負担額 （A−B）	医療機関又は助産 所の領収確認印
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				
令和　　年 月　　日				

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関又は助産所

所在地

名　称

代表者氏名　　印

田辺市長　宛て