

別記第2号様式（第5条関係）

田辺市多胎妊婦健康診査費支払証明書

田辺市長 宛て

(ふりがな) 受診者の氏名	生年月日	住所
	年 月 日	〒

健診受診日	妊娠週数	多胎妊婦健康診査受診費用	領収金額（保険適応外）
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円

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