

千葉市プレコンセプション健診費用助成事業受診等証明書

下記の者について、千葉市プレコンセプション健診費用助成事業の対象となる健診を実施し、保険適用外の健診にかかる費用を下記のとおり領収したことを証明します。

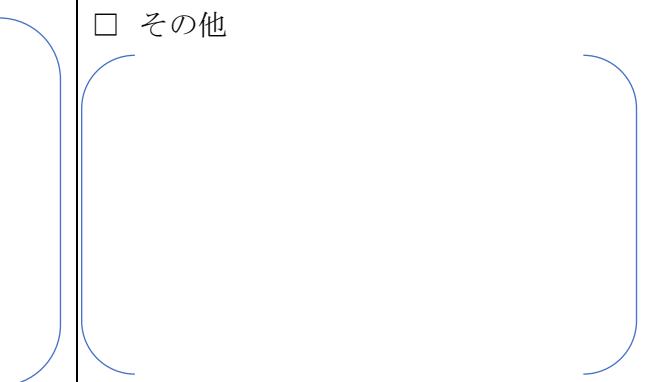
記

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

印

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	西暦 年 月 日 (歳)
健診開始日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
健診終了日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
健診内容	<input type="checkbox"/> 問診・身体計測・血圧測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 一般精液検査 <input type="checkbox"/> 高度精液検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査（麻疹・風疹・水痘等） <input type="checkbox"/> 感染症検査 (クラミジア、B・C型肝炎、梅毒、HIV 等) <input type="checkbox"/> 亜鉛検査 <input type="checkbox"/> 栄養検査 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 問診・身体計測・血圧測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 貧血・肝・腎・脂質・糖代謝検査 <input type="checkbox"/> 栄養検査（葉酸、ビタミンD等） <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> 卵巣機能・卵巣予備能検査（血清AMH等） <input type="checkbox"/> 抗体検査（麻疹・風疹・水痘等） <input type="checkbox"/> 感染症検査 (クラミジア、B・C型肝炎、梅毒、HIV 等) <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> その他
	  <input type="checkbox"/> 健診内容説明後、検査せず終了	
健診に要した費用 計	健診費用（夫）・・・① 領収金額_____円	健診費用（妻）・・・② 領収金額_____円
文書料 本証明書発行費用	文書料・・・③ 領収金額_____円	①②③合計 領収金額_____円

1 受診者に関して行ったプレコンセプション健診（保険適用外）に係るもののみご記入ください。

2 夫と妻が同じ医療機関で健診を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。異なる医療機関で健診を受けた場合は、医療機関ごとに用紙を分けて記入してください。