

※この用紙は、健康診査実施機関で発行した領収書を紛失した場合に必要となります。なお、証明料は申請者の自己負担となります。

様式第 2 号

多胎妊婦健康診査健康診査実施状況等証明書

年 月 日

健康診査実施機関 所在地  
 名称  
 開設者等氏名  
 連絡先電話番号

印

妊婦一般健康診査について、下記のとおり実施したことを証明します。

受診者	住所				
	フリガナ氏名				
	連絡先電話番号	— —			
	出産日	年 月 日 出産・出産予定			
健診年月日 *保険適用外の妊婦健康診査について記入 *健診には、妊娠判定は含まないこと	領収金額 * <b>保険適用外の妊婦健康診査料(妊婦支払額)</b> を記入。保険適用分(一部負担金)及び健診以外の費用は除くこと。	基本的な妊婦健診(尿検査・血圧・診察)の実施状況	受診票使用有無 *受診票等を使用した場合は、受診票の発行自治体名と種別(〇回目、〇券など)を記入すること	備考 *子宮頸がん検診又は超音波検査を実施した場合記入すること	
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有(市町村/回数券)		

※ 妊娠判定時の診療及び保険診療は含みせん。