

※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

千葉市里帰り等 1 か月児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
代表者名 印
連絡先電話番号
※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

1 か月児健康診査について、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		
	生年月日	年 月 日生	
健診年月日 * 保険適用外の 1 か月 児健康診査について 記入	領収金額 * 保険適用外の 1 か月児健康診査料 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。	備考	
年 月 日	円		