

堺市妊婦健康診査費用領収確認書

年 月 日

堺 市 長 殿

(医療機関及び助産所)

所在地 _____

名 称 _____

担当者名 _____

担当者連絡先 _____

次のとおり、妊婦健康診査費用（健康保険等の適用となる費用を除く。）を領収しました。

(妊婦) 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 _____

受診年月日	領収日	領収金額
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円
年 月 日	年 月 日	円

注意 1 領収金額の欄には、次に掲げる費用を除いて記入してください。

- (1) 健康保険等の適用となる費用
- (2) 助産所で実施した血液検査及び超音波検査に要した費用
- (3) 堺市妊婦健康診査受診票を使用して妊婦健康診査を受けた場合において自己負担となった費用