

検診受診証明書

様

上記の方について、次のとおり 年 月 日以降に当院で受診したことを証明いたします。

検診名	受診証明 (いずれかに○を付けてください。受診した場合は、受診日も必ず記入してください。)	徴収した 自己負担金
子宮頸がん検診	受診した (年 月 日) ・ 受診していない	円
乳がん検診 (視触診)	受診した (年 月 日) ・ 受診していない	円
乳がん検診 (マンモグラフィ)	受診した (年 月 日) ・ 受診していない	円

※上記の内容は、自己負担金を徴収した検診に限ります。

年 月 日

医療機関コード
所在地
検診機関名
証明者氏名
電話番号
(証明者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をして下さい)