

行田市妊婦健康診査実施証明書

年 月 日

行田市長

実施医療機関等
所在地 〒
名称
代表者名
電話番号

次の者について、下記のとおり妊婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者（※申請者記入）

（注意）

***本証明書の発行手数料は、申請者の自己負担となります。**

フリガナ		生年月日	年 月 日生
申請者氏名			
申請者の住所	〒 電話番号 — —		

2 妊婦健康診査実施年月日及び領収金額（※医療機関記入）

（注意）

***妊婦判定時の診療及び保険診療は含みません。**

***行田市妊婦健康診査助成券を使用して妊婦健康診査を受診した際に、妊婦が別途自己負担した費用は助成対象となりません。**

	妊婦健康診査 受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)		妊婦健康診査 受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)
HIV抗体検査	年 月 日		8回目	年 月 日	
子宮頸がん検診	年 月 日		9回目	年 月 日	
1回目	年 月 日		10回目	年 月 日	
2回目	年 月 日		11回目	年 月 日	
3回目	年 月 日		12回目	年 月 日	
4回目	年 月 日		13回目	年 月 日	
5回目	年 月 日		14回目	年 月 日	
6回目	年 月 日		HTLV-1 抗体検査	年 月 日	
7回目	年 月 日		性器クラミジア検査	年 月 日	