

妊娠判定受診費用申請書

金 _____ 也

但し、妊娠判定検査に要した費用として

(注) 請求金額は、下記記載の妊娠判定に要した費用の額ですが、10,000円を超える場合は10,000円を上限とします。

玉野市長 様

年 月 日

住所

氏名

連絡先

下記の口座に振り込みを依頼します。

振込先

金融機関名		預金種別	口座番号
銀行	支店	普通・当座・その他()	
農協		カナ(必ず記入)	
信金		口座名義人	

記

妊娠判定受診証明書

受診日 年 月 日

検査項目等(実施項目に○印を記入してください。)

- () ①問診及び診察
() ②尿検査
() ③超音波検査(医療機関の判断により実施)

結果(診断結果を記入してください。)

妊娠(週)・不明・その他()

妊娠判定に要した費用(上記①②③について、受診者から支払いを受けた額)

金 _____ 円

上記のとおり証明します。

年 月 日

玉野市長 柴田 義朗 様

所在地
委託医療機関の 医療機関名
代表者氏名