（第２号様式）

川崎市妊婦健康診査受診証明書

（宛先）川崎市長　　年　　月　　日

（健診実施機関の名称等）

所 在 地

施 設 名　　印

電話番号　　記名押印又は署名

担当者名　　（電話）

次の妊婦健康診査費用助成申請者が、妊婦健康診査を受診し費用を支払ったことを証明します。

１．申請者（申請者記入）

フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名			
申請者の現住所 ・電話番号		☎	（　　）

２．妊婦健康診査受診証明欄

◎補助券を紛失した場合は、補助券を使用した場合や、転院等により複数の機関で妊婦健康診査を受けた場合を含めて、すべての妊婦健康診査の受診日について証明を受けてください。

◎領収書または診療明細書を紛失した場合は、その領収書等の発行日の受診についてのみ証明を受けてください。

	健診受診年月日	領収金額 （保険適用外の妊婦健康診査）	補助券の使用有無 無（全額自費）・有 →	有の場合の使用補助券
例	２１年 １２月 １日	１０，０００ 円	無 ・ （有） →	8 千円券
1	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
2	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
3	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
4	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
5	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
6	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
7	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
8	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
9	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
10	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
11	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
12	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
13	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
14	年　月　日	円	無 ・ 有	千円券
多胎用予備欄 15	年　月　日	円	無	
16	年　月　日	円	無	
17	年　月　日	円	無	
18	年　月　日	円	無	
19	年　月　日	円	無	

（余白となりました欄には、斜線をお願いいたします。）

（備考）１．本証明書は償還払い申請時に、健診機関発行の領収書及び補助券を紛失した場合等に提出が必要となります。

２．本証明書発行の手数料等が掛かる場合の費用については、申請者の自己負担となります。