

初回産科受診料に関する証明書

受診者氏名 * <u>受診者自書</u>	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所 (初回産科受診時)	広島市
初回産科受診日 * 今回の申請に関する妊娠について		年 月 日
妊娠の判定に要した費用 * 保険適用分、妊婦健康診査に係る費用は除く		円

妊娠判定に要した費用はこのとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
連 絡 先