第５号様式（第１０条関係）（受診者請求用）

妊娠判定受診料請求書

金　　　　　　　　 円也

但し、妊娠判定受診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、７，０００円を超える場合は、７，０００円を上限とします。

　御　杖　村　長　　殿

住　所

氏　名

振込先

|  |
| --- |
| 妊娠判定受診証明書受診日　　　　 年　　月　　日検査項目等　（　　）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）　　　　　　　　　　　　　　　（＊実施項目に○印を記入してください。）結　果　　　 妊娠(　　　週)・不明・その他（　 　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　（＊診断結果を記入してください。）妊娠判定に要した費用（上記①②③について本人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　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　責任者名 　　　　　　　　　　　　印　御　杖　村　長　殿 |

