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 |

