

初回産科受診料証明書

受診者氏名	
受診者住所	鴻巣市
受診日	年 月 日
判定結果	妊娠週数（ ）週・不明・その他（ ） 出産予定日 年 月 日
検査項目 実施項目に○	（ ）①問診・診察 （ ）②尿検査 （ ）③超音波検査（医療機関の判断により実施）
判定に要した金額	円

上記のとおり証明します。

（宛先）鴻巣市長

年 月 日

所在地
医療機関名
代表者氏名