

領 収 書

様

金 額 円

健康診査名		受領額（健康診査に掛かった料金）	受診年月日
第1回妊婦健康診査		円	年 月 日
第2回妊婦健康診査		円	年 月 日
第3回妊婦健康診査		円	年 月 日
第4回妊婦健康診査		円	年 月 日
第5回妊婦健康診査		円	年 月 日
第6回妊婦健康診査		円	年 月 日
第7回妊婦健康診査		円	年 月 日
第8回 妊婦健康診査	HTLV-1抗体検査 未実施	円	年 月 日
	HTLV-1抗体検査 実施	円	年 月 日
第9回妊婦健康診査		円	年 月 日
第10回妊婦健康診査		円	年 月 日
第11回妊婦健康診査		円	年 月 日
第12回妊婦健康診査		円	年 月 日
第13回妊婦健康診査		円	年 月 日
第14回妊婦健康診査		円	年 月 日
性器クラミジア抗原検査 （第1～8回目と同時実施）		円	年 月 日
多胎妊婦健康診査（1回目）		円	年 月 日
多胎妊婦健康診査（2回目）		円	年 月 日
多胎妊婦健康診査（3回目）		円	年 月 日
多胎妊婦健康診査（4回目）		円	年 月 日
多胎妊婦健康診査（5回目）		円	年 月 日
新生児聴覚検査（AABR）		円	年 月 日
新生児聴覚検査（OAE）		円	年 月 日
1か月児健康診査		円	年 月 日
3か月児健康診査		円	年 月 日
7か月児健康診査		円	年 月 日

上記の健康診査の受診料として領収しました。

住 所

医療機関名

代 表 者

※自署の場合は、押印不要