

妊婦健康診断関係申告書

受診者氏名 共済 花子

医療機関（助産所）名 〇〇病院

回数	1回	2回	3回	4回	5回
月日	2月7日	3月7日	4月7日	5月7日	6月7日

診断費負担額 15,000 円

上記のとおり申告します。

埼玉縣市町村職員共済組合理事長様

令和 〇年 〇月 〇日

組合員氏名 共済 太郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 〇年 〇月 〇日

〇〇市長
所属所長 埼玉 一郎

※ 受診月日及び負担額の記入については、保険証を使用して医療行為を受けたものは除外すること。