

# 妊婦健康診断関係申告書

受診者氏名 \_\_\_\_\_

医療機関（助産所）名 \_\_\_\_\_

受診月日

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

診断費負担額 \_\_\_\_\_ 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 年 月 日

組合員氏名 \_\_\_\_\_

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長

※ 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。