

様式第2号（第7条関係）

1か月児健康診査及び新生児聴覚検査領収証明書

年 月 日

1か月児健康診査料 領収額	金	円
------------------	---	---

年 月 日

新生児聴覚検査料 領収額	金	円	岐阜県国民健康保険団体連合会への 請求の有無 有 ・ 無
-----------------	---	---	---------------------------------

※岐阜県国民健康保険団体連合会への支払請求の有無について記載していただき、その差額（自己負担額）をご記入ください。

（受診者）_____様 1か月児健康診査料、
新生児聴覚検査料を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印
