

新生児聴覚スクリーニング検査領収証明書

産婦氏名 _____

金 _____ 円

新生児聴覚スクリーニング検査費用として上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

印

※新生児聴覚スクリーニング検査の費用が分かる領収書がない場合は、医療機関に依頼し、こちらの証明書を提出ください。

医療機関印のないものや領収金額を訂正したものは無効になります。