様式第２号

備前市無痛分娩費用助成事業医療機関証明書

年　　月　　日

備前市長　　様

医療機関名

住所

医師名 　　印

下記のとおり、無痛分娩により出産したことを証明します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)該当者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 該当者住所 | 備前市 |
| 出産日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ※出産に要した費用の内、無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適応とならない費用 |
| 無痛分娩費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備考 |

　(注意)この証明書は、医療機関において作成してください。

　　　　なお、医療機関発行の領収書等で「出産に要した費用の内、無痛分娩に係る

医療保険各法の保険給付適応とならない費用」が確認できる場合は、その写し

を提出することで、本様式を省略ができます。