

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		
処置内容	全身麻酔： 吸入 ・ 静脈 ・ その他 ( ) 局所麻酔： 硬膜外麻酔 ・ 脊髄くも膜下麻酔 ・ CSE その他 ( )		
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。