様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

取手市長　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　㊞

取手市無痛分娩費用助成事業医療機関証明書

次のとおり無痛分娩により出産したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  該当者氏名 |  | 生年月日 | Ｓ  Ｈ | 年　　月　　日 |
|  |
| 該当者住所 | 取手市 | | | |
| 出　産　日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 出産に要した費用のうち，  無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適用とならない費用※ | | | | |
| 無痛分娩費用 | 円 | | | |
| 備 考 | | | | |

※（１）麻酔手技及び管理料（２）持続注入手技料（３）医療材料費（４）薬剤料

＜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（又は支払証明書）及び明細書にて「出産に要した費用のうち，無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適用とならない費用」が確認できる場合は，その写しを提出することで，本様式を省くことができます。