

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。