

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

養父市長 様

医療機関名

住 所

医 師 名

印

養父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。

ふりがな 受診者氏名		生年 月日	年 月 日
出産日			
出産に要した費用のうち、 無痛分娩にかか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 (5) その他市長が必要と認めた費用

【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い証明書及び明細書にて出産に要した費用のうち、無痛分娩にかか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。