

下仁田町無痛分娩費助成事業医療機関証明書

下仁田町長 様

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

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) 該当者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
該当者住所			
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、本様式を省くことができます。