

年 月 日

神栖市長 様

医療機関名

住 所

医 師 名

㊞

神栖市無痛分娩費用助成金に係る医療機関証明書

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	年 月 日
該当者住所	神栖市		
出 産 日	年 月 日		
出産に要した費用のうち、 医療保険各法の保険給付適用とならない無痛分娩に係る費用*			
無痛分娩費用 (助成対象経費)	_____ 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）薬剤費

<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、医療保険各法の保険給付適用とならない無痛分娩に係る費用」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。