

様式第2号（第6条関係）

中之条町無痛分娩費助成事業医療機関証明書

年 月 日

中之条町長 宛

医療機関名
住 所
医師名
電話番号

印

下記のとおり、無痛分娩費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	年 月 日
住所	中之条町大字		
出産日	年 月 日		
無痛分娩に要した費用	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		
	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。