

様式第2号（第6条関係）

いすみ市無痛分娩費助成事業医療機関証明書

年 月 日

いすみ市長

様

所在地

医療機関名

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。

(フリガナ) 産婦氏名		生年月日	年 月 日
産婦住所			
出産日	年 月 日		
無痛分娩費用	_____円		

備考 無痛分娩費用とは、出産に要した費用のうち、無痛分娩に係る費用（麻酔管理料・医療材料費・薬剤料等）をいいます。ただし、医療保険各法の保険給付適用となる場合や文書料等の直接無痛分娩に関わらない費用は除いてください。

（注意） この証明書は、医療機関において作成してください。