

様式第2号（第5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

㊞

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は除きます。

（注意）この証明書は、医療機関において作成してください