

鹿嶋市長

様

（医療機関住所）

（医療機関名）

（代表者職氏名）

鹿嶋市無痛分娩費用助成金医療機関証明書

次のとおり、無痛分娩により出産したことを証明します。

記

フリガナ			
該当者氏名 (出産した方の氏名)		生年月日	年 月 日
該当者住所	鹿嶋市		
出 産 日		年	月 日
出産に要した費用のうち、無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適用とならない費用※ ※ 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薬材料			
無痛分娩費用			円
備 考			

<注意事項>

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、無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適用とならない費用」が確認できる場合は、その写しを提出することで、本様式の提出を省略することができます。