様式第２号（第６条関係）

みなかみ町無痛分娩費用助成事業医療機関証明書

　　　　　　　　　　年　　月　　日

みなかみ町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな該当者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 該当者住所 | みなかみ町 |
| 出　産　日 |  |
| 無痛分娩費用 | 無痛分娩に係る保険診療適用外負担額　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　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又は明細書にて無痛分娩に係る保健診療適用外負担金の額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。