

様式第2号（第7条関係）

大子町無痛分娩費助成事業医療機関証明書

大子町長 様

年 月 日

医療機関名

所在地

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。

(ふりがな) 該当者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
該当者住所						
出産日	年 月 日					
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用とならない費用						
無痛分娩費用	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、本様式を省
くことができます。

様式第3号（第7条関係）