出産証明書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師又は助産師の証明 | 出産者氏名 |  | 出産年月日 | | 平成　　 年 　　月 　　日 | |
| 出産児数 | 人(うち流死産数　　　人) | | 在胎週数 | | 週　　　日 |
| 上記のとおり証明します。  　平成　　 年　 　月　 　日  　　　　　　　　住所  　　　　証明者　医療機関名等  　　　　　　　　氏名(医師・助産師) | | | | | |

**※直接支払制度を利用しない場合のみ添付してください。**

任意の様式でも可。ただし、上記の事項を全て記載してあるものに限る。