

## 証 明 書

- 1 出産者の氏名 (昭和・平成 年 月 日生)
- 2 妊娠中の場合  
出産予定日 令和 年 月 日
- 3 妊娠4か月以上で異常分娩等した場合  
死産・早流産等した日 令和 年 月 日
- 4 単胎・多胎の別 単胎 多胎 (胎児の数 : )

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師又は助産師氏名 \_\_\_\_\_ (印)