

証 明 書

1 出産者の氏名

_____ (_____ 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： _____)

上記のとおり証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 _____

(TEL) _____

医師又は助産師氏名 _____ 印