

共済様式 35 - 1 号

出産に関する医師又は助産師の証明書（出産費・家族出産費請求用）

出 産 者 氏 名	
出 産 年 月 日	年 月 日
生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 （妊娠 か月） 死流産 （妊娠 週・胎児 週生存）
出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児）

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師名

印

※日付は和暦で記入すること。