

医師又は助産師の証明書（出産手当金請求用）

出 産 者 氏 名	
出 産 年 月 日	年 月 日
出 産 予 定 年 月 日	年 月 日
生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 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



※日付は和暦で記入すること。