

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

⑩