

健康保険 出産手当金支給申請  
医師・助産師 証明書

医師または助産師が意見をかくところ	分娩者の氏名			
	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	出生時の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週）
	上記のとおり相違ないことを証明します			
		令和 年 月 日		
医療機関	住所			
	名称		TEL	
医師	氏名			