

健康保険 出産手当金支給申請(電子申請用)  
医師・助産師による証明書

医師・助産師が書くところ	出産者氏名				
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出生児数	単胎	・	多胎 ( 児 )	
	生産または死産の別	生産	・	死産 ( 妊娠 週 )	
	上記の通り相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
医療施設の所在地					
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名					
		TEL	( )		