

出産手当金請求（医師証明用）

| | | | |
|-----------------------|---------------|----------|------------------|
| 出産したものの 氏名 | | | |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 出産日 | 令和 年 月 日 |
| 出生児数 | 単胎 ・ 多胎 （ 人 ） | 生前又は死産の別 | 生産 ・ 死産 （妊娠 週） 日 |
| 上記の通り相違ないことを証明いたします。 | | 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 | | | |
| ※所在地・名称はゴム印を使用してください。 | | | |