

【添付書類】 出産手当金

被保険者 (申請者) 記入欄	記号	番号	生年月日
	被保険者等 (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
氏名	(フリガナ)		※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。

国内用 国内で出産をした場合は以下の 医師・助産師の証明 に証明を受けてください。

医師・助産師証明欄	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	
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	(妊娠	週	日)
	上記のとお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											
<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> <div>TEL ()</div> </div>											

海外用 海外で出産をした場合は以下の 医師・助産師の証明 に証明を受けてください。

医師・助産師証明欄		Certificate of Birth	
分娩年月日	Date of Delivery :		
生産死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)		
出生児の数	Number of Birth : Single ・ Plural ()		
I certify that above descriptions are Certain.			
Date			
Address			
Physician or Midwife			
Signature			