

## 【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
	被保険者証の (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	印									
医師・助産師の氏名							TEL	(	)	

**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		