

7 産科医療特別給付事業にかかる出産証明書（別表第三書式）

以下の妊産婦が当院の管理下における分娩により以下の児を出産したことを証明します。

証明日 20 XX年 X月 X日

所在地 〒101 - △△△△ 東京都千代田区□□町△-△

分娩機関名 ○○分娩機関

代表者肩書・氏名 院長 テスト 太郎

印公
影印の 印※

分娩機関管理番号 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1

※法人の場合は、法人印、公印で捺印してください。個人の場合は、代表者の個人印で捺印してください。

フリガナ	ニホン ハナコ
妊産婦氏名	日本 花子
妊産婦管理番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

フリガナ	ニホン イチロウ
児氏名	日本 一郎
生年月日	20 XX年 XX月 XX日

性別 (男)・女

→ いずれかに○印を記入

児の出生体重	1 2 0 0 g
在胎週数	3 1 週