



記入もれのないように

医師又は助産婦が証明をするところ	⑬ 予定分娩年月日	令和 年 月 日		
	⑭ 実分娩年月日	令和 年 月 日 生産・死産(妊娠 週)		
	⑮ 正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常	⑯ 出生児の数	単胎・多胎( 児)
	⑰ 分娩のため入院したときはその期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 TEL ( ) - ( ) - ( ) 医師または助産婦氏名 ⑱			

退職者・任意継続被保険者以外の方は忘れずに記入してください

## 委任状

この請求金額の受け取り方を  
委任します。

に

令和 年 月 日

被保険者氏名印

⑲

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。