

妊婦給付認定用診断書

<受診者>

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

<診 断>

胎児心拍確認日 年 月 日

胎児心拍確認日時点の妊娠週数 第（ ）週

心拍が認められた胎児数 1 ・ 2 ・ （ ）

流産となった日 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名