

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（※1） 年 月 日

胎児心拍確認日時点の妊娠週数（※2） 第（ ）週

死産となった胎児の数 1 ・ 2 ・ （ ）

死産の種類 自然死産 ・ 人工死産

死産となった日 年 月 日

死産となった日時点の妊娠週数（※3） 第（ ）週

上記の通り証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名

※1：「胎児心拍確認日」は胎児心拍を確認していた場合は記入してください。（自然死産で胎児心拍を確認していなかった場合は記入不要です。）

※2または※3のどちらかを記入してください。