**妊婦給付認定用証明書**

**＜受診者＞**

住　　所　　四国中央市

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳）

　＜**診　　断＞**

胎児心拍確認日　　　　　　 　　年　　　月　　　日

心拍が認められた胎児数　　　　　　１　・　２　・　（　　　）

流産の種類　　　　　　　　　　　　　自然流産　・　人工流産

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