

出生証明書

原本対照済 印

病録番号 _____
連番号 _____

1	出生児の父母	父	氏名		年齢	年 月 日 満 歳	職業		
		母	氏名		年齢	年 月 日 満 歳	職業		
2	母の住所								
3	出生場所								
		①自宅 ②病院 ③医院 ④母子保健センター ⑤助産所 ⑥その他							
4	出生日時	年 月 日 時 分 (24時間制による)				出生児	性別	男女 不詳	
5	妊娠期間	週 日					氏名		
6	多胎	①双胎 ②三胎 ③胎	多胎出産中の 本児の出産位	①第1児②第2児③第3児④第4児					
			多胎出産中の 胎児の状態	出生 人 (男 人、女 人) 死産 胎 (男 胎、女 胎、不詳 胎)					
7	母の産児数	名中、生存者 名、死亡者 名、死産者 胎							
8	出生児の身体状況						体重		
9	出生児の健康状態						身長		

「医療法」第17条及び同法の施行規則第11条に従い上記のように証明いたします。

発行日： 年 月 日
 医療機関住所： 名称：
 電話及びFAX： 記号：
 免許番号： 第 号 医師氏名： (印)

*注意事項：出生届は1ヶ月以内に住所地の区庁、市庁又は邑、面、洞事務所で行い、遅延申告及び未申告の場合、過料が科されます。

翻訳者： _____