

출 산 확 인 서				
출산자	성명		주민등록 번호	-
	주소			
출산일시	년 월 일 시 분	출산장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 요양기관이외 의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
출생아 성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	다 태 아	<input type="checkbox"/> 쌍태아 <input type="checkbox"/> 삼태아 이상	
출산내용 (출산장소를 구체적으로 작성)				
위 내용은 사실과 틀림없음을 확인합니다.				
20    년    월    일				
증명인 성명 : (서명 또는 인)				
주민등록번호 : -				
주소 :				
전화번호 :				
출산자와의 관계 : 출산자의 ( )				
※ 출산자 본인 및 출산자의 배우자는 제외				
국민건강보험공단 ○○○○ 지사장 귀하				

※첨부 서류 : 증명인의 인감증명서 또는 주민등록증 사본 1부.