|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [별지 제2호서식] | | | | | | |
| **출 산 확 인 서** | | | | | | |
| 출산자 | 성 명 |  | | 주 민 등 록  번 호 | | - |
| 주 소 |  | | | | |
| 출산일시 | 년 월 일  시 분 | | 출산장소 | | □ 자택 □ 요양기관이외 의료기관  □ 기타 ( ) | |
| 출생아 성별 | □ 남 □ 여 | | 다 태 아 | | □ 쌍태아 □ 삼태아 이상 | |
| 출산내용 (출산장소를 구체적으로 작성) | | | | | | |
| 위 내용은 사실과 틀림없음을 확인합니다.  20 년 월 일  증명인 성 명 : (서명 또는 인)  주민등록번호 : -  주 소 :  전 화 번 호 :  출산자와의 관계 : 출산자의 ( )  ※ 출산자 본인 및 출산자의 배우자는 제외  **국민건강보험공단 ○○○○ 지사장 귀하** | | | | | | |
| ※첨부 서류 : 증명인의 인감증명서 또는 주민등록증 사본 1부. | | | | | | |