

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej/praktyki położnej)

.....  
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**lekarskie/wystawione przez położną<sup>1</sup>**  
**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od**  
**10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka<sup>2</sup>**

Pani

.....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>3</sup>

.....  
zamieszkała:

.....  
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ..... tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych<sup>4</sup>:

- 1) pierwszy trymestr ciąży - .....
- 2) drugi trymestr ciąży - .....
- 3) trzeci trymestr ciąży - .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/położnej)

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024r. poz. 323 z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

<sup>3</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

<sup>4</sup> Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego z każdym trymestrze ciąży.