

妊 娠 届 出 書

妊婦氏名		生年月日		職業			
ふりがな		昭和 平成	年	月	日		
-----							(歳)
個人番号		:		:		:	
居住地		〒		☎			
妊娠週数(月数)		分娩予定日					
週 (月)		平成		年		月 日	
性病に関する健康診断の有無		結核に関する健康診断の有無					
㊦ うけた ㊩ うけていない ㊨ わからない		㊦ うけた ㊩ うけていない ㊨ わからない					
診断および保健指導を受けた医師または助産師の氏名							
施設名							
医師または助産師氏名							

上記の通り届け出ます。

個人番号を母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出において利用することを確認しました。

岩 美 町 長 様

平成 年 月 日

届出人氏名 (妊婦との続柄:)

【担当課記入欄】 以下は記入しないでください。

本人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状)	取得年月日	平成	年	月	日	受付者名	
	<input type="checkbox"/> 対面(提示) <input type="checkbox"/> 対面(写し) <input type="checkbox"/> その他()							
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等							
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳ネットワークシステムより取得							
	※個人番号カード以外の確認書類							
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード								
<input type="checkbox"/> 各種健康保険証等 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書等 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳								
<input type="checkbox"/> その他()								