妊 娠 届 出 書

妊婦氏名	生年月日	職業
ふりがな	昭和　　年　　月　　日 平成 （　　歳）	

個人番号												

居住地
〒 ☎

妊娠週数（月数）	分娩予定日
週（　　か月）	令和　　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
㋐ うけた　㋑うけていない　㋒わからない	㋐ うけた　㋑うけていない　㋒わからない

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

令和　　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	□本人　□代理人（委任状）	取得年月日	平成　　年　　月　　日	受付者名
	□対面（提示）　□対面（写し）　□その他（　　）			
	□個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票等			
	□　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 □運転免許証　□パスポート　□在留カード □各種健康保険証等　□児童扶養手当証書等　□母子健康手帳 □その他（　　）			