

妊娠届出書

母子保健のしおり No. _____

坂井市長 様

次のとおり、妊娠の届出をします。

(ふりがな) 妊婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 夫(パートナー) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妊婦 住所・電話	〒 ー 坂井市		日中つながる電話番号
妊娠週数	第 週 (か月)		
出産予定日	年 月 日		
診断を受けた病院			
妊娠したことがわかる書類の確認	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 日付が記載されたエコー写真 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 書類がない場合、診断を受けた医療機関に坂井市から確認することを同意します		
出産予定の病院	1. 同上 2. 違う → () 県内・県外 3. 未定		
健康診断	妊娠してからの性感染症に関する検査の受診の有無 (有 無)		
	過去1年間の結核に関する健康診断の受診の有無 (有 無)		
個人番号 (マイナンバー)12ケタ			
年 月 日	届出者氏名(妊婦)		
	代理人氏名 (妊婦との関係:)		
【受付職員 記入欄】			
個人番号 → (<input type="checkbox"/> 照会の同意を得る)			
個人コード() (第 子)			
担当課確認欄	課名	子ども福祉課	担当者
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()		
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード		
	<input type="checkbox"/> 写真あり(1点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 写真なし(2点)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	
確認日	年 月 日		

記入例

妊娠届出書

母子保健のしおり No. _____

坂井市長 様

次のとおり、妊娠の届出をします。

(ふりがな) 妊婦氏名	さかい はなこ		生年月日	1990年 2月 2日		(30 歳)					
	坂井 花子										
(ふりがな) 夫(パートナー) 氏名	さかい たろう		生年月日	1990年 6月 6日		(30 歳)					
	坂井 太郎										
妊婦 住所・電話	〒 919 - 0592 坂井市 坂井町 下新庄 1-1			日中つながる電話番号 50-3067							
妊娠週数	第 12 週 (3 か月)										
出産予定日	2020 年 8 月 8 日										
診断を受けた病院	〇〇病院 (妊婦健診を受ける医療機関名をご記入下さい。)										
妊娠したことがわかる書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 日付が記載されたエコー写真 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 書類がない場合、診断を受けた医療機関に坂井市から確認することを同意します										
出産予定の病院	1. 同上 2. 違う → () (県内) 県外 3. 未定										
健康診断	妊娠してからの性感染症に関する検査の受診の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 無)										
	過去1年間の結核に関する健康診断の受診の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 無)										
個人番号 (マイナンバー)12ケタ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2020 年 4 月 1 日											
届出者氏名(妊婦) 坂井 花子											
代理人氏名 (妊婦との関係:)											
【受付職員 記入欄】											
個人番号 ➡ (<input type="checkbox"/> 照会の同意を得る)											
個人コード() (第 子)											
担当課確認欄	課名	子ども福祉課	担当者		確認日	年	月	日			
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()										
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード										
	<input type="checkbox"/> 写真あり(1点)		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> ()								
	<input type="checkbox"/> 写真なし(2点)		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()								