

# 妊娠届出書

妊産婦健康診査・

新生児聴覚検査受診券 No. \_\_\_\_\_

坂井市長 様

次のとおり、妊娠の届出をします。

|  |  |  |               |
|--|--|--|---------------|
| (ふりがな)<br>妊婦氏名   |  | 生年月日   | 年 月 日<br>( 歳) |
| (ふりがな)<br>夫(パートナー)氏名   |  | 生年月日   | 年 月 日<br>( 歳) |
| 妊婦の住所・電話   | 〒 ー<br>坂井市   |  | 日中つながる電話番号    |
| 妊娠週数・月数  | 第 週( か月)   | 出産予定日  | 年 月 日         |
| 診断を受けた病院   |  | 診断した医師の氏名  |               |
| 妊娠したこと(胎児心拍)が<br>わかる書類等の確認   | <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( )<br><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<br>2. 異なる → ( ) 県内・県外<br>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)<br>12ケタ   |  |  |               |
| 年 月 日 届出者氏名(妊婦)<br><br>代理人氏名 (妊婦との関係: )  |  |  |               |
| <b>【受付職員 記入欄】</b> 妊婦の個人コード ( ) (第 子)<br>個人番号確認なし → ( <input type="checkbox"/> 照会の同意あり ) 面談者 ( 本人・夫・パートナー・その他 ) |  |  |               |
| 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)<br><br><input type="checkbox"/> 写真なし(2点)   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> ( )<br><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<br><input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) |               |