

妊娠届出書

妊娠婦健康診査・

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) 妊娠婦氏名			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)	
妊娠の住所・電話	〒 — 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 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() <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. 異なる → () 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(妊娠婦)

代理人氏名

(妊娠婦との関係:)

【受付職員 記入欄】 妊娠婦の個人コード () (第 子)

個人番号確認なし → (□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) <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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()		