

# 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 月数	第 週 ( か月)		
出産予定日	年 月 日		
診断を受けた病院 (妊婦健診を受ける病院)			
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: )			
<b>【受付職員 記入欄】</b>			
個人番号確認なし → ( <input type="checkbox"/> 照会の同意を得る ) 妊婦の個人コード ( ) (第 子)			
担当課確認欄	課名	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"/> ( )	
総務課確認欄			

